

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/281632632>

Livro-Trabalho-e-Produção do Cuidado em Saúde-2013MERHYFRANCO

Data · September 2015

CITATIONS

0

READS

1,028

2 authors, including:



Emerson Merhy

Federal University of Rio de Janeiro

133 PUBLICATIONS **1,837** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Observatórios microvetorial de políticas públicas e educação em saúde - UFRJ/MACAÉ [View project](#)



Análise do impacto, no âmbito do SUS, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no município de Macaé. [View project](#)

Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde
Textos Reunidos

Túlio Batista Franco & Emerson Elias Merhy

Hucitec
São Paulo - 2013

Apresentação

Quando no século XIX, Marx apontava para a dinâmica das relações capitalistas destacando o lugar central do trabalho vivo enquanto “fonte” do valor, na medida em que as relações capitalistas de produção o capturava sob a lógica do trabalho abstrato, as muitas outras possibilidades de olhar esse mundo do trabalho vivo ficaram secundarizadas.

Situação compreensível considerando-se que com essa formulação, este pensador, abria um campo novo de visibilidade sobre o entendimento de como a riqueza “das nações” se concretizavam. De fato, o trabalho enquanto capital era a chave da questão.

Entretanto, um olhar um pouco mais contemporâneo, nos dias de hoje, não pode deixar de ver outras dimensões nesse mundo do trabalho vivo. Nem tudo está na sua conformação como trabalho abstrato e não há uma linha de determinação obrigatória entre uma de suas dimensões sobre as outras.

No ato produtivo, o trabalho vivo em ato é em si acontecimento, é ação, e como tal está aberto aos processos mais dispare, tanto de capturas, pelas relações sociais capitalistas, como de fuga para lugares não obrigatoriamente dados, mas em produção, instituintes.

O trabalho vivo em ato é nuclearmente instituinte e, como tal, micropolítico.

Hoje, o deslocamento já consagrado do campo da produção do valor sob o domínio do paradigma industrial, para o do campo da produção coletiva de bens imateriais, mostra a amplitude que a questão do trabalho vivo em ato como instituinte vem ganhando no interior das nossas possibilidades de conhecermos e agirmos no campo das práticas sociais.

Dos momentos em que os autores dessa coletânea, junto com vários outros pensadores da saúde, já apontavam para o tema da micropolítica do trabalho vivo em ato, na saúde, para o atual, há essa generalização importante da presença dos processos produtivos de bens imateriais, como vem mostrando a construção do conhecimento como força produtiva em si, de novo tipo, e central na construção do valor no interior das relações capitalistas.

Neste livro, apesar de usufruirmos desse entendimento, estamos centrados nos efeitos desse

campo da micropolítica do trabalho vivo em ato, olhando com ênfase o mundo do trabalho em saúde, procurando tirar daí a possibilidade de olhar esse mundo de novos modos, inclusive nessa amplitude anteriormente apontada, para podermos desejar que nesse mundo se possa apostar em modos de agir que construam cuidados, ali no encontro com o outro, que tomam como seu fundamento: que a vida de qualquer um vale a pena, por ser o centro efetivo da principal forma de riqueza que interessa a todos nós, posicionando-nos radicalmente na defesa das vidas não-fascistas, sob qualquer modalidade e diferença.

Emerson Elias Merhy

Prefácio

Trabalho é o tema que atravessa este livro e seus “textos reunidos”, e micropolítica é o foco, o modo de olhar para esse fértil campo de debate e práticas, força propulsora de mudança no campo da saúde. O livro reúne a produção sobre o tema do trabalho em saúde e representa a sistematização de uma formulação que tem as premissas indicadas acima. Revelam o modo de produção do cuidado.

Quando olhamos para as práticas em saúde percebemos o quanto há para ser desconstruído e construído nesse campo, pois, a hegemonia exercida pelo modelo hegemônico, biomédico, sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação, atua como linha de força a agenciar os atos profissionais. Este livro pretende ser uma ferramenta de trabalho pela mudança na saúde, no aspecto essencial, do seu modo de produção.

Há uma centralidade da micropolítica na modelagem dos serviços de saúde, e seu modo de produção. É assim entendido por nós que propomos ruptura do modelo atual, mas também é assim entendido pelo mercado que age no campo da saúde, e opera fortemente sobre o seu imaginário, agenciando para o consumo de produtos e procedimentos, interessados em escala e realização de lucro. A micropolítica dos modos de produção do cuidado é o campo de grandes disputas pela modelagem dos serviços, as práticas de cuidado, que têm como centro o trabalho.

O entendimento de que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo, como trabalho em ato, instituído no campo da saúde coletiva pelo Emerson Merhy, revela uma força extraordinária que os próprios trabalhadores têm, para a mudança na saúde, pois, considerando que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho o coloca na posição de ser o principal agente de mudança. Esta liberdade o trabalhador pode usar para manter o modelo biomédico ou operar mudanças radicais no modo de produzir o cuidado, de qualquer forma, está no trabalho vivo a potência, a possibilidade instituinte, o trabalho criativo.

Esta formulação abriu grandes possibilidades para novos estudos e práticas, agregando o tema da subjetividade e processos de subjetivações, presentes no trabalho em saúde e que ganham maior visibilidade tendo o pressuposto do trabalho vivo operando nos processos produtivos do cuidado. O trabalho em saúde se dá sempre com base em um

encontro, é sempre relacional, em ato. O encontro é a base da filosofia de Spinoza para a teoria da afecção, parte da formulação de que os corpos têm uma capacidade de se afetarem mutuamente no encontro entre si, gerando afecções como estados de alegria e tristeza, com consequente aumento ou redução respectivamente da sua energia vital, ou, potência para agir no mundo. Só é possível pensar a multiplicidade de encontros entre trabalhadores e destes com usuários, a sua grande intensidade nos atos assistenciais em saúde, tendo por pressuposto o trabalho vivo como o centro do processo produtivo do cuidado.

Da mesma forma e em seguimento à ideia de que os encontros mediados pelas tecnologias de trabalho em saúde – duras, leve-duras e leves, têm força operatória no trabalho em saúde, um intenso processo de subjetivação, isto é, no qual há uma contínua produção de subjetividade, e por ser contínua, a subjetividade nunca se cristaliza, mas está em permanente mudança, o que nos faz pensar que há subjetivações, mais do que a subjetividade que sugere algo que se instala e permanece como tal. Estamos em contínua mudança e nos percebemos como seres em mutação. O mundo perde suas formas rígidas e torna-se fluido, relações que se estabelecem no campo de produção do cuidado são por fluxos e eles instituem as linhas de produção do cuidado.

Este livro pretende tratar o tema aparentemente duro do trabalho, com a leveza dos fluxos pelos quais ele acontece no campo do cuidado. Por ser fluxo e leve os textos reunidos se tornam uma arma potente, porque é capaz de passar pelas fissuras do campo hegemônico e aí instalar seus dispositivos, singelas mostras de um modo de produção centrado nas tecnologias relacionais (leves) que tem a força de um tsunami sobre os interesses do capital no campo da saúde.

Um sistema de saúde universal, solidário, que acolhe o sofrimento alheio, generoso com a fragilidade humana, não tem possibilidade sob as lógicas capitalísticas que se instituem no sistema de saúde, e em cada um. Os textos aqui reunidos sugerem rompê-las. Propõe rupturas no plano molar, instituído, que opera como linhas de força agenciando os atos em saúde, e também para rupturas moleculares, “em nós”, ou seja, em cada um, como pressuposto para a instituição de um novo modo de produzir o cuidado. Trabalho vivo em ato, afecções nos encontros, processos de subjetivações, têm a energia para a necessária desterritorialização que se pretende provocar nas práticas em saúde. Desterritorializar significa romper com as lógicas instituídas, capitalísticas, biomédicas, procedimento

centradas, abrindo-se para novas subjetividades formadas com base na estética da multiplicidade, que interpreta o mundo do trabalho e cuidado na sua forma complexa, com expressão das singularidades; e na ética da diferença que supõe inúmeros modos de significar o trabalho em saúde, admitindo todas elas, supondo, convívio, pactuação e permanente exercício da tolerância. Um novo mundo e novas práticas requerem novas singularidades se interpondo nas relações e processos de produção da realidade.

Enfim, todo este debate engendra um *corpus* fluido no qual transitam todas estas questões, que têm como plataforma o trabalho vivo, e ele dá sustentação ao potente debate dos processos de subjetivações implicados com a saúde e produção do cuidado.

O livro se constitui de três planos que se acoplam, aproximam e distanciam conforme o olhar do leitor, ou seja, o leitor ganha autoria ao tomar os textos como seus ao consumi-los, dar-lhes significado. A organização em planos é didática e tem por objetivo facilitar ao leitor o acesso aos temas aqui discutidos, mas sabemos bem que os debates sugeridos nos capítulos do livro se atravessam, estão um no outro. Chamamos planos porque similar à figura geométrica, por onde deslizam em superfícies o pensamento, as ideias e o próprio fazer com base nas teses aqui levantadas. O primeiro plano reúne textos mais densamente marcados pelo tema do trabalho vivo. O segundo agrega a discussão da subjetividade e processos de subjetivação, sem perde o tema do trabalho, mas compondo com ele. E o terceiro plano reúne os textos relacionados sobre as ferramentas analisadoras, utilizadas para análise do trabalho e produção do cuidado, enfim ferramentas úteis à cartografia dos processos produtivos do cuidado em saúde.

Túlio Batista Franco

SUMÁRIO

1º. Plano: Produção do Cuidado e o Trabalho em Saúde.

Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, em Saúde.

- Emerson Elias Merhy

A Perda Da Dimensão Cuidadora Na Produção Da Saúde: Uma Discussão Do Modelo Assistencial E Da Intervenção No Seu Modo De Trabalhar A Assistência.

- Emerson Elias Merhy

Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde.

- Emerson Elias Merhy

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde.

- Emerson Elias Merhy

- Túlio Batista Franco

Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves

- Emerson Elias Merhy

- Túlio Batista Franco

2º. Plano: Trabalho e Subjetividade na Saúde

O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado.

- Túlio Batista Franco

- Emerson Elias Merhy

O cuidado é um acontecimento e não um ato.

- Emerson Elias Merhy

Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS.

- Túlio Batista Franco

A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde.

- Túlio Batista Franco

- Emerson Elias Merhy

Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores.

- Emerson Elias Merhy

As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.

- Túlio Batista Franco

O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho.

- Túlio Batista Franco

Engravidando Palavras: o Caso da Integralidade

- Emerson Elias Merhy

3º. Plano: Ferramentas analisadoras dos processos de trabalho.

Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças.

- Emerson Elias Merhy

O Uso De Ferramentas Analisadoras Para Apoio Ao Planejamento Dos Serviços De Saúde:
O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).

- Túlio Batista Franco

- Emerson Elias Merhy

O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde,
em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG.

- Túlio Batista Franco.

Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.

- Túlio Batista Franco

- Emerson Elias Merhy

1º. Plano: Produção do Cuidado e o Trabalho em Saúde.

Em Busca Do Tempo Perdido: A Micropolítica Do Trabalho Vivo Em Ato, Em Saúde

Emerson Elias Merhy

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente.

APRESENTAÇÃO

Não tem sido muito estranho, para os que estão nas mais diferentes frentes de lutas e ações na defesa de um sistema de saúde para todos - universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania - que um dos temas mais tratados e problemáticos na organização deste, vem sendo o modo como estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho, nos distintos tipos de estabelecimentos que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

Aliás, no campo da saúde coletiva, este tema faz parte de uma discussão muito instigante, já há algum tempo, travada entre vários pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira. Paradoxalmente, porém, entendemos que este é exatamente um dos grandes nós críticos das distintas propostas e experiências vivenciadas nestes últimos anos, que apostam e apostaram na mudança da direção efetiva do atual modelo tecno-assistencial das políticas de saúde, que tem se mostrado comprometido com muitos tipos de interesses, exceto com a saúde dos cidadãos.

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma

tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada.

Assim, de alguns anos para cá, temos tentado construir processos de intervenções institucionais em diferentes estabelecimentos de saúde que tomem como desafio central a produção de uma reforma “publicizante” do sistema de direção destes serviços, que impliquem em uma “coletivização” da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência-chave o interesse do(s) usuário(s) dos serviços, representado enquanto necessidades de saúde.

Esta foi a direção que vivenciamos em algumas experiências municipais nestes últimos cinco anos, dentre as quais destacamos as dos municípios de Ipatinga ¹ e Belo Horizonte, em Minas Gerais (BR), e que serviram de base para a reflexão que se segue, na tentativa de compreender melhor a dinâmica micropolítica do trabalho em saúde, para permitir a construção de “dispositivos” de mudanças que busquem no usuário final dos serviços de saúde o seu mais profundo significado.

Neste caminho, estaremos dialogando com os modos como, no dia-a-dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, como uma “máquina” permanente de produções de “subjetividades”, de modos de sentir, de representar e de vivenciar necessidades, na busca de um tempo perdido por nós, “reformadores” de modelos de atenção à saúde.

INTRODUÇÃO

Detalhando o problema em discussão

Tentando facilitar a compreensão dos complexos temas acima abordados, vamos iniciar nosso trabalho apresentando um jeito de se olhar um serviço de saúde, de qualquer natureza, que permita perceber algumas situações e características importantes sobre o “fazer a saúde”, e que permita refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem e como serve, etc.

¹ Veja capítulo 3 do livro *Inventando a mudança na saúde*, organizado por Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, pela editora Hucitec, no qual fazemos uma de nossas primeiras reflexões nesta direção.

Para isto, vamos trabalhar com uma certa “ferramenta” de análise que permite ajudar na busca das respostas para estas perguntas e que, como regra, todos nós fazemos quando estamos diante do tema *trabalho em saúde*.

Antes, contudo, devemos dizer que neste momento não pretendemos, com esta "ferramenta" de análise, compreender todas estas questões em torno deste tema, pois temos como pretensão inicial apenas possibilitar a formulação de algumas respostas e a produção de novas perguntas para a abertura de um novo processo de reflexão que permita respondê-las.

A "ferramenta" que vamos usar chamamos de "fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde" e, hipoteticamente, vamos restringir o nosso local de análise a um serviço de saúde (como por exemplo um centro de saúde), para mais adiante ousarmos um vôo analítico sobre um conjunto maior de serviços.

O fluxograma, de um modo muito simples, é um diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de "desenhar" um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção.

Alguns dos símbolos utilizados para a construção deste diagrama são padronizados universalmente. Por exemplo, com o desenho de uma elipse (confira o diagrama mais adiante), mostra-se tanto o começo da cadeia produtiva, quanto o fim, chamando a isto uma representação da entrada e da saída do processo global de produção, em análise. Por meio de um retângulo mostra-se os momentos nos quais se realizam etapas de trabalhos importantes da cadeia produtiva, nas quais se realizam consumos de recursos e produção de produtos bem definidos, que vão servir para abrir novas etapas na cadeia, até o seu final.

Através de um losango, representa-se momentos em que a cadeia produtiva enfrenta-se com um processo de decisão de caminhos a serem seguidos, que aparecem normalmente após cada etapa, e que são sempre momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes e distintas.

Na nossa ferramenta analisadora, além de procurar com o diagrama representar o que acontece com qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho diretamente "assistencial" - que aqui não tem o significado de ser só médico, mas sim todos os trabalhos que com suas ações (saberes e práticas), fazem intervenções tecnológicas tipicamente em saúde, tanto individual e/ou coletiva, como por exemplo ações médicas, sanitárias, educativas,

do campo "psi", odonto, entre várias outras - temos a pretensão de operar, em primeiro plano, com um diagrama-resumo, que permita esquematizar de um modo básico, como que uma "janela-síntese" de todos os processos-chave que ocorrem e caracterizam um determinado serviço de saúde, e que possa servir de "guia" para a construção dos outros processos nele presentes.

Estamos usando uma ideia semelhante a de um programa de computador bem conhecido, o *Windows*, que funciona com mecanismos de sobretextos e que, quando ligado, mostra no monitor uma tela básica a partir da qual podemos abrir e mostrar novos textos, desenhos ou programas, que estavam "ocultos" (virtuais), com o "clique" de um *mouse* em uma dada imagem.

Este primeiro diagrama, no nosso caso o "fluxograma-resumo", tem esta mesma perspectiva, isto é, a de ser uma primeira "janela" de todo o processo produtivo básico de um serviço de saúde, permitindo a abertura de novos "textos" que estão embutidos nele e que podem ser "acionados" conforme as questões ou perguntas que a gente faça como um olhar analisador, revelando o modelo de atenção à saúde cotidianamente realizado, em um processo reflexivo e acumulativo.

Em síntese, consideramos que qualquer serviço assistencial de saúde pode ser enquadrado na seqüência mostrada pelo diagrama abaixo:



Aqui a entrada (representada simbolicamente por uma elipse) pode ser analisada pelo movimento que em um dia se faz na "porta" de uma dada unidade de saúde e no qual alguns dos usuários acabam por chegar na etapa da recepção enquanto outros, não. Por isso simbolizamos que antes da entrada temos Z + 100 usuários (este número é fictício, pois ele é obtido anotando-se de fato o que chegou na recepção durante um dia previamente selecionado para o estudo, pela própria equipe de trabalhadores de uma unidade qualquer). Com o Z procuramos mostrar que há pessoas que ou chegam e não esperam para entrar, ou mesmo por "experiência" nem vão ao serviço por saberem que isso não adianta, pois não serão recebidas. Mas, apesar da dificuldade de se conhecer o seu tamanho, é importante ter em mente a sua

existência para se poder registrar a informação de que uma parte dos usuários procura, mas não entra no serviço.

Uma parte deste Z pode ser medido de algum modo, porém isto exige uma investigação mais apurada e própria. Aqui, neste momento, entretanto, não nos interessa muito medi-lo, porque a nossa preocupação maior e inicial é procurar entender quem são e o que ocorre com os cem que entraram. Eles podem ser bem conhecidos e analisados pelo serviço, como por exemplo: de onde vêm? quem são? são da área do serviço? por que o procuraram? pertencem à cidade?, etc.

Os cem que entraram vão ser recebidos de alguma maneira e por grupos muito distintos de trabalhadores, mesmo se considerarmos os serviços semelhantes de uma mesma rede. Por exemplo, se analisarmos uma rede de Centros de Saúde de um mesmo município, vamos verificar que há unidades em que uma parte dos cem chega de madrugada e fica esperando sua abertura por um vigia e pela entrega de senhas que definirão se tais pessoas vão ou não ser atendidas, se vão ou não ter acesso ao que "desejam" (aqui como expressão direta de uma vontade imediata). Além disso, uma outra parte pode ter sido agendada para vir em um dado horário e provavelmente será recebida diferentemente. Outros chegarão no meio de um período de atendimento e vão ser recebidos de um modo ainda diverso.

Como se não bastasse esta distinção no próprio serviço neste momento da "etapa recepção", se olharmos com atenção os vários Centros de Saúde, vamos ver que um recebe de um jeito distinto do outro. Há unidades em que os usuários não chegam de madrugada, pois todos que querem ser atendidos, a qualquer hora, são ouvidos por uma equipe na recepção e alguma forma de intervenção é sempre esboçada. Há outras que deixam cartazes na porta dizendo quantos vão ser atendidos, indicando que a partir deste número os próprios usuários não devem insistir.

A bem da verdade, se formos descrever tudo que conhecemos teríamos que relatar uma quantidade enorme de distintos modos de recepções, o que evidenciaria o que já falamos antes. Mas, aqui, gostaríamos de mostrar uma outra questão, a de que eles se constituem em processos de trabalhos diferentes de construção desta etapa. Valendo registrar, por enquanto, em cada serviço, como os cem foram recebidos, quais as maneiras distintas que o mesmo serviço pratica, quem faz este trabalho, em que momento, onde os usuários ficam, etc.

Para nós, chama a atenção que o trabalhador de saúde - e aqui mesmo um vigia - torne-se um trabalhador neste sentido ², tendo uma certa autonomia para “decidir coisas” neste seu encontro com o usuário.

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo "autogoverno" para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o "modo de atuar". Pois ele pode ter uma relação mais "acolhedora" ou não, pode decidir se "quebra o galho" daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor "necessidade" por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo.

Mesmo que ainda não nos debruçemos sobre algumas das principais questões envolvidas até agora, vale deixar registrado que o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao "carregar" a representação de um dado "problema" como "problema de saúde / necessidade de saúde", procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a "sinceridade", a "responsabilização" e a "confiança na intervenção, como uma possível solução"; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera.

Além do mais, o trabalhador de saúde opera em um espaço de "autogoverno" que lhe dá inclusive a possibilidade de "privatizar" o uso deste espaço, conforme o modelo tecno-assistencial, sem ter que prestar conta do que e do como está atuando. Mais tarde, veremos que isto tem a ver tanto com a dimensão ético-política do processo institucional, quanto individual. Porém, vamos ver agora algumas das características do que acontece nos passos seguintes, representados pelo “fluxograma-resumo”.

Após a etapa da recepção (representada por um retângulo), há um momento de decisão (representado por um losângulo), no qual procura-se registrar os distintos critérios de que os

² Esta ideia será desenvolvida no correr deste texto, mas vale assinalar que em qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário, como no caso do vigia, há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica.

serviços se utilizam para poder dizer se o que o usuário está trazendo como um "problema de saúde" será ou não objeto de ação do serviço, enquanto uma certa intervenção tecno-assistencial.

Sabemos que os cem que chegaram na recepção vão ser argüidos sobre o que os levaram ao serviço e, após esta "pesquisa", o trabalhador que os estará recebendo, irá "decidir" sobre para onde encaminhá-los. Decide se vai mandá-los para a próxima etapa do processo de trabalho a ser realizado dentro do próprio serviço, que é a da intervenção tecnológica em saúde propriamente dita, ou se irá mandá-los para um outro serviço, ou mesmo se simplesmente negará qualquer alternativa de assistência.

É importante perceber que os critérios adotados para estas decisões são muitos e bem variados. Às vezes, para a negação da intervenção, usa-se a falta de vagas, às vezes a inexistência de oferta do tipo de ação que se imagina que ele precisa, às vezes outros critérios muito próprios de quem está atendendo.

Além disso, é importante reparar como este atendimento está sendo feito em termos do processo de "interseção" que a relação trabalhador/usuário representa se, ao negar uma assistência, isto é feito como uma simples recusa do usuário ou se esta negação é processada dentro de uma certa lógica "acolhedora" e assistencial (a qual destacamos como sendo, por enquanto, aquele espaço intercessor trabalhador/usuário que se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários finais).

É importante também percebermos que os processos de "aceitação" do "problema de saúde/necessidade" também são muito variados, em termos dos distintos critérios adotados. O que vale neste momento é poder descrever o mais detalhadamente possível todos os mecanismos utilizados para dizer sim ou não, além da descrição de como isto é feito, por quem é feito e para onde é mandado. Mapear como os cem se distribuem por estes critérios nos dá estas informações.

Muito rapidamente, podemos dizer que são estes critérios que dão um certo sentido e concretude ao conceito de "necessidades de saúde" que o serviço opera, que o serviço utiliza. É aqui que se vê se o "problema de saúde/necessidade" representado pelo usuário vai ser ou não base para se construir uma relação com ele. Para o usuário, a "necessidade de saúde",

neste momento, está sendo representada e sentida como "um problema" que ele "sinceramente" vive, como um sofrimento, ou risco de sofrimento, e que ele "traduz" como uma "questão de saúde" a ser enfrentada com a ajuda de "alguém", pelo menos para ele, usuário.

Vendo que uma parte dos cem vai para a próxima etapa, a da intervenção tecnológica e assistencial propriamente dita, vale verificarmos como esta está sendo traduzida no serviço, a partir das ofertas de ações expressas por um verdadeiro cardápio de intervenções a serem realizadas pelos mais diferentes profissionais e nos mais variados lugares.

O que conta é que nesta etapa concretiza-se um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo "problema de saúde", conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um "objeto de ação de saúde" em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção ao nível do conjunto das relações sociais.

Fazem parte deste cardápio tanto os tipos de consultas mais clássicas que um médico realiza em um consultório, quanto as que ele realiza no corredor de um modo simples e rápido. Elas representam formatos (modalidades) tecnológicos e assistenciais distintos. O mesmo conta quando pensamos sobre o trabalho de uma enfermeira ou outro trabalhador qualquer. O que interessa neste momento é conseguirmos descrever o que se faz com os que entram, como e quem. E é possível se perceber com facilidade, como aqui indiscutivelmente o "autogoverno" do trabalhador é muito amplo, podendo exercê-lo sob um processo intensamente privatizado e fragmentário, ou não, dependendo centralmente do modelo de atenção, entre várias outras intencionalidades.

Finalmente, os que sofreram intervenções vão sair. E devemos procurar descrever como eles saem. Classicamente os serviços de saúde dão saídas dentro de uma tipologia razoavelmente prevista. Por exemplo: alta por cura, por óbito e por abandono (ou fuga), encaminhamento para exames ou para outros serviços assistenciais e retornos dos mais diferentes tipos para o próprio serviço.

Descrever este final é chave para se poder analisar tanto se o processo intercessor trabalhador/usuário é também "acolhedor" na saída, quanto que tipos de "resultados" a cadeia

produtiva está realizando. O que servirá para a análise da própria "adequabilidade" do processo ao que lhe é solicitado pelo usuário e ao que ele tem capacidade de atuar, inclusive da própria análise da forma como "resolve" os problemas que enfrenta, e até uma dimensão dos problemas que não enfrenta. Permitirá equacionar as perguntas-chave sobre um serviço, do ponto de vista de um dado modelo de atenção: o que se produz, como é produzido, por quem, para que, para quem é, etc.

Em síntese, este é o "fluxograma-resumo", analisador do modelo de atenção de um serviço. Temos visto que, para montá-lo, como regra geral, basta o estudo de um dia para se visualizar a composição de uma primeira "janela". E isto porque, do ponto de vista de um modelo, um dia é igual ao outro.

Nas várias experiências em que temos participado, o uso de técnicas de visualização coletiva tem se mostrado bem produtivo, pois o fluxograma pode ser desenhado em um painel e exposto em uma sala do próprio serviço, sendo preenchido em uma reunião coletiva pelos próprios trabalhadores, permitindo que a equipe fique em situação de análise, de modo crítico e público. Ela opera em um movimento de busca de alternativas, desde que interroguem que o sentido último de qualquer serviço de saúde é o de se centrar no usuário e intervir a partir de seus problemas, procurando contribuir para um caminhar mais autônomo daquele, no seu "modo de andar a vida".

Voltaremos a isto mais adiante. Agora, porém, temos como interesse aprofundar algumas reflexões que nos permitam entender um pouco mais deste espaço intercessor e deste exercício de autogoverno³ na saúde e a sua importância para a nossa discussão.

A presença do trabalho vivo e a organização do processo de trabalho

Neste momento, estaremos procurando compreender melhor os significados de várias ideias colocadas anteriormente, como por exemplo o "exercício do autogoverno pelos trabalhadores de saúde" e o "espaço intercessor constituído na relação trabalhador de saúde/produtor e o usuário/consumidor", e que se referem à temática do modo de trabalhar em

³ O reconhecimento e o debate sobre o exercício de um certo "autogoverno" dos trabalhadores de saúde já vem sendo feito por outros autores, particularmente quando se referem ao trabalho médico e quando citam a sua "autonomia" no exercício de seu processo de trabalho. Porém, esta discussão não tem sido consensualizada e vale destacar como relevante o debate entre Gastão Wagner de Souza Campos e Lília Blima Schreiber. Neste particular ver Saúde pública em defesa da vida e Programação em saúde hoje ambos editados pela Hucitec, na coleção *Saúde em Debate*.

saúde. Entretanto, antes de operar reflexivamente neste tema em particular, vamos procurar nos aproximar de um entendimento mais amplo sobre a questão do trabalho em geral.

Para isto, estaremos nos apropriando de muitos conceitos formados pela corrente marxista, que tem elaborado mais "finamente" uma compreensão sobre o sentido e a "mecânica" do trabalho humano, sem entretanto termos a pretensão de expor plenamente sua teoria e muito menos de esgotarmos o debate com esta corrente. Iremos, dentro de um certo pragmatismo, tirar proveito de uma parte do conhecimento gerado por este pensamento neste campo de estudo. E, diga-se de passagem, que teremos como referência outros autores na área da saúde que se utilizam de um modo pioneiro e bem criativo da abordagem marxista sobre o trabalho humano, dentre os quais destacamos, em particular, a produção intelectual de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves⁴ que tem se tornado uma referência obrigatória quando o tema é trabalho em saúde⁵.

Para facilitar a nossa compreensão sobre o processo de trabalho humano, vamos nos valer de uma análise comparativa realizada por Marx sobre o trabalho de uma abelha e de um arquiteto. Antes, porém, deve ficar registrado que, para Marx, o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho "produz" o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade.

Vamos ver isto mais de perto, com a comparação da abelha e um arquiteto, para depois analisarmos o processo de trabalho de um marceneiro artesão.

⁴ Sem dúvida, este autor é um dos principais responsáveis pela produção intelectual em torno do estudo do trabalho em saúde. Seguindo os passos abertos por M. Cecilia F. Donnangelo para a investigação do mundo do trabalho na saúde, nos forneceu um objeto (o trabalho em saúde), ferramentas analíticas (a teoria do trabalho) e temas para estudo (como por exemplo os saberes e os modelos tecnológicos). E, é partindo de seus caminhos que neste estudo se procura tomar o debate sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde, procurando incorporar outros referenciais analíticos que possam recolocar a temática do fazer cotidiano do trabalho e o espaço de autonomia do trabalhador. Adiante, isto tornar-se-á claro com o debate da produção da área, inclusive com a citação das obras tomadas como interlocutoras.

⁵ Não poderíamos deixar de citar um outro autor, que também tem sido fundamental na abordagem da saúde e que traz grandes contribuições para a compreensão de suas dimensões micropolíticas. É o sanitarista argentino Mario Testa, que através de suas análises sobre a temática do poder e as configurações políticas das disputas sobre os distintos projetos de saúde, que operam no interior das instituições, tem nos "alimentado" reflexivamente.

Marx, quando se utiliza destes "seres" para tentar entender algumas características do trabalho humano, afirma que uma das diferenças mais evidentes do trabalho da abelha e do arquiteto na construção de uma "moradia" é que a primeira, como que por um comando instintivo, fabrica sua colméia como se estivesse obedecendo a um certo código fixo, gerando sempre um mesmo produto: a colméia, com suas favas, formadas pelos mesmos desenhos e com os mesmos tamanhos e, como regra geral, produzida com os mesmos materiais. Ao ponto que podemos dizer que há uma abelha genérica, uma abelha em geral, que de geração em geração repete os mesmos rituais, da mesma forma.

Com o arquiteto, ou qualquer homem em atividade de produção de uma moradia, vemos que o produto que realizará, antes de ser construído concretamente, já está pensado, já foi construído mentalmente. E esta construção mental se antepõe ao processo de trabalho em si, e a ele dá um certo sentido de perseguir a finalidade de realizar o projeto pensado. Com isto o homem trabalha a partir de um "recorte interessado" do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho responsável pela produção da "moradia".

De um modo ainda muito simples, é possível perceber que não se pode falar em homem em geral, neste caso. Pois, diferentemente da abelha, o que é morar e o como morar não seguem um código fixo. Nem os materiais a serem utilizados serão os mesmos. Há uma certa relação de imbricamento entre o modo interessado como os homens constroem suas formas de morar e a organização do conjunto do processo de trabalho. Mais ainda, parece que neste caso temos que pensar sobre como o próprio homem se produz do ponto de vista de construir seus interesses e do modo como vai se relacionando com o mundo no processo de trabalho, para realizá-los.

Devemos também procurar entender como estes interesses se tornam necessidades explícitas a serem buscadas, e mesmo se estas são sempre tão explícitas. Podemos também procurar compreender como o homem, que é trabalho vivo em potência, em virtualidade, vai sendo "desenhado" para construir uma "ação tecnológica" em direção a uma casa nos moldes atuais, como moradia unifamiliar, ou em direção a uma oca que contenha um agrupamento familiar, ou mesmo a uma gruta. Considerando, *a priori*, que todas estas formas são "moradias" e expressões de interesses, ao mesmo tempo que produtos realizadores da satisfação de necessidades, mostrando-se como produtos históricos e não naturais, pois morar em cada situação desta não é a mesma coisa.

Vamos nos debruçar um pouco sobre a "mecânica" do processo de trabalho para entendermos melhor o que estamos dizendo, porém nos atendo ao mundo "humano" do trabalho, deixando as abelhas para trás, pois que já cumpriram seu papel nesta discussão. E agora imaginaremos, como material para a nossa análise, a situação vivenciada no trabalho por um artesão-marceneiro.

Quando um artesão-marceneiro está produzindo, por exemplo, uma cadeira, nós podemos afirmar que no seu processo de trabalho existem componentes que estão sempre presentes, de modo permanente: o trabalho em si do marceneiro, o conjunto dos elementos que são tomados como matérias-primas, os que são utilizados como "ferramentas" ou instrumentos do trabalho.

Sabemos que se juntarmos estes componentes não necessariamente teremos produção de cadeiras, pois é fundamental que eles estejam sendo articulados por um certo modo de organizá-los em torno da realização de um certo projeto. E este modo de organizá-los se constitui em uma certa sabedoria que o artesão possui, como qualificação, para juntar todos estes componentes e com seus atos "vivos", permitir a realização de um certo produto: uma cadeira. Isto é, não basta ele só ter pensado antes o projeto sobre a cadeira, ele tem que ter um certo "saber tecnológico", um certo modo de saber fazer, para juntar os três componentes anteriores e transformá-los em um produto específico, aquela cadeira pensada, que poderá ter quatro pernas, ou três, um assento maior ou menor, etc.

Vamos tentar ver isto mais de perto ainda, com o uso do diagrama abaixo:





Como neste diagrama há muitas coisas a serem vistas, que envolvem questões levantadas até agora, vamos procurar analisá-las por parte.

Inicialmente, gostaríamos de destacar três questões: uma sobre o trabalho vivo e o trabalho morto; a outra sobre a noção de tecnologia e, por último, a de produção, consumo e necessidade; entretanto, dentro do limite desta reflexão inicial contida no desenho do trabalho do artesão-marceneiro.

Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos - ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira - e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado. E os chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si do marceneiro, que neste momento é o trabalho em ato que permite a produção da cadeira, que aliás será um representante a mais do universo de cristalização do trabalho vivo em morto.

Esta diferenciação não é só didática, tendo implicações na análise do processo de trabalho em pauta, pois o trabalho vivo em ato do marceneiro é neste momento o trabalho criador, e o trabalho morto que ele utiliza para realizar a produção da cadeira já está instituído, dado, e lhe é ofertado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte de sua atividade produtiva e criativa.

Assim, o seu trabalho vivo instituinte, que está em ação, em um certo “dando”⁶, pode tanto fazer uso do que está dado, quanto em uma certa medida exercer com alguma “autonomia” este uso do que já está dado. O marceneiro, neste sentido, também pode ter um

⁶ O uso destes termos “dado” ou “dando” é para mostrar que o instituído está constituído, produzido, e o instituinte está em processo, produzindo. Usamo-los inspirados em Felix Guattari. Para uma melhor explicação didática consultar Compêndio de análise institucional de Gregório Barenblit, edição *Rosa dos Tempos*.

certo “autogoverno” neste processo. Este “autogoverno”, por sua vez, estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue.

Vale observar que, nesta situação, há componentes do trabalho morto que são distintos, como já falamos atrás quando apontamos suas diferentes formas como ferramenta ou como matéria-prima. Com isto estamos querendo voltar a atenção sobre um destes termos em particular, que é aquele que vai se constituindo como a parte do trabalho morto que se faz presente, tanto como uma certa sabedoria do marceneiro-artesão em saber ser marceneiro e assim operar a produção de determinados produtos típicos deste trabalhador, quanto como o trabalho morto que se faz presente na forma de uma ferramenta da qual o marceneiro se utiliza para realizar o seu trabalho específico.

Estamos, assim, procurando destacar aquela parte do trabalho morto que está vinculada ao modo de atuar como marceneiro, como aquele conjunto de situações que definem o universo tecnológico do artesão-marceneiro, para mostrar que a ideia de tecnologia está muito vinculada não só a de equipamento tecnológico, mas também a de um certo *saber fazer*, e a um *ir fazendo*, que inclusive dão sentidos ao que será ou não “a razão instrumental” do equipamento.

Chamamos a atenção, portanto, para uma parte deste processo de trabalho, constituída por algumas das suas dimensões tecnológicas, que entra neste momento como componente do conjunto do trabalho morto, porém não se apresentando como um elemento qualquer, mas sim como fundamental. Este, inclusive, “captura” o trabalho vivo em ato, de tal modo que ele pode não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando, assim, completamente amarrado pela lógica do trabalho morto expresso por algumas das dimensões tecnológicas. Aqui há uma discussão interessante, à qual voltaremos mais adiante, vinculada à possibilidade do trabalho vivo em ato estar ou não sendo instituído plenamente pelo trabalho morto que, para ser pensada, nos remete à última das questões em pauta, que é a de atentarmos para a temática da produção, consumo e satisfação de necessidade que está em jogo neste trabalho do artesão-marceneiro.

Para falarmos um pouco sobre isto, pois voltaremos ao tema quando analisarmos especificamente o processo de trabalho em saúde, vamos considerar duas situações: uma na

qual o artesão-marceneiro produz a cadeira para o seu próprio uso e, a outra, quando a produção visa a troca da cadeira por um outro artefato produzido por um outro trabalhador⁷.

No primeiro caso, a cadeira produzida tem um valor de uso para o marceneiro, dado pela sua utilidade “privada”, por exemplo, em um uso doméstico pelo trabalhador que a produziu para descansar, reunir-se com pessoas no seu espaço, colocar coisas em cima para serem guardadas, etc. Enfim, a cadeira foi produzida porque seu consumo poderia satisfazer uma necessidade sentida pelo marceneiro. A cadeira tem neste caso um valor, à medida que vai sendo consumida pelo próprio trabalhador, e na sua produção o trabalhador poderá ir “desenhando” a cadeira do jeito que lhe interessar e em busca de muitas funcionalidades que ela possa ter para ele. Usará o trabalho morto contido na sua técnica, nos seus instrumentos de trabalho, a partir da ação do seu trabalho vivo em ato, como componentes de uma “caixa de ferramentas” (que contém o conjunto de suas tecnologias como trabalhador da marcenaria) para elaborar cadeiras específicas, para si, que ele supõe serem úteis no seu espaço privado, mesmo que usada por outra pessoa dentro de sua casa (a do marceneiro).

O trabalho vivo, nesta situação, sofre uma “captura” de sua autonomia por parte do que está dado, instituído, como por exemplo ter de produzir cadeira e não outra coisa qualquer, ou mesmo ter de satisfazer necessidades dadas de sentar, mas mesmo assim ele poderá exercer um poder instituinte grande sobre “que” cadeira estará “desejando” aquele seu produtor/consumidor.

No segundo caso, a cadeira será produzida porque o marceneiro poderá trocá-la por um outro produto qualquer - como por exemplo, dinheiro - , que é um equivalente geral no mercado e que, por sua vez, pode ser trocado por qualquer outro produto que possa servir para o marceneiro realizar ou satisfazer uma outra necessidade qualquer, não vinculada ao consumo direto do produto-cadeira. Nesta situação, este produto-cadeira tem um valor de uso para ele, mas que não é dado no seu consumo imediato, e sim o de poder trocá-la por outros bens.

Neste caso, a cadeira vai ter um valor de troca (de alguma forma expressa na quantidade de dinheiro que ele vale) que será útil para o marceneiro ter acesso a um outro produto, que terá um valor de uso imediato, para ele. Agora, o marceneiro vai ter que se relacionar, através do mercado, com alguém que tenha na cadeira a satisfação de uma

⁷ Estaremos fazendo uso de uma parte dos estudos de Marx sobre a Teoria do Valor, mas sem a pretensão de atrelamento a todas as implicações de seus conceitos.

necessidade e que possa proporcionar uma troca que, no fim, permita a obtenção de um outro bem pelo marceneiro, para satisfazer a sua necessidade como consumidor final.

O mercado, que permite a troca, vai funcionar como um “objeto intermediário” para o acesso do produtor a outros produtos para passar a ser consumidor final. A bem da verdade, até o acesso como produtor para a obtenção de suas ferramentas, matérias-primas, dá-se em uma ida ao mercado, e a relação produção, consumo e necessidade é uma rede bem complexa. Mas a necessidade do marceneiro, em busca de um consumo não imediatamente produtivo, vai se expressar por um duplo movimento de valores de uso: o da cadeira, cujo valor de uso é o de poder ser trocado por dinheiro ou outro bem; e o do produto obtido nesta troca, cujo valor de uso vai satisfazer uma necessidade ao ser diretamente consumido. E o acesso a esta troca de valores de uso dar-se-á devido à presença de um intermediário, o mercado de trocas, regido por valores de trocas, que permite comparar, abstratamente, “quantidades” de trabalhos concretos diferenciados.

Deste mesmo modo, a questão das necessidades aparece também como duplos movimentos: de um lado, há uma primeira necessidade sentida que o trabalho do marceneiro não pode satisfazer, que está representada pelo consumo do produto final, mas ao qual ele poderá ter acesso através da satisfação de uma outra necessidade que está exposta pelo mercado, e que é expressa também pela de um outro a quem recorre com os seus produtos de trabalho. As necessidades evidenciadas, de usar e de trocar, têm que se realizar para que, no consumo do produto final, o marceneiro tenha sua necessidade como consumidor - não imediatamente produtivo - satisfeita, e assim possa continuar trabalhando como trabalhador/consumidor.

Aproveitando estas ideias, Gastão Wagner de Sousa Campos ⁸ diz que, no caso da saúde, o usuário de um serviço vai atrás de um consumo de algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental, caracterizado como sendo o de permitir que a sua saúde seja ou mantida ou restabelecida e, assim, a troca lhe permite o acesso a algo que para ele tem um valor de uso por produzir um “bem” - para ele com um valor de uso inestimável -, cuja finalidade é mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de caminhar na vida.

Estas ideias do autor estão postas aqui para podermos imaginar o quanto é possível a utilização do exemplo do marceneiro para entendermos a questão da produção, consumo e

⁸ Veja em particular seus textos dos livros Saúde pública em defesa da vida e Reforma da reforma, publicados pela editora Hucitec, 1992.

necessidades em saúde. Pois para nós, e de acordo com este autor, estamos diante de um processo que tem especificidades muito próprias que lhe dão características um pouco distintas para o processo de trabalho, quando o que está em discussão é o tema da necessidade de saúde. E, além disso, também nos permite ficar atentos ao fato de que, na saúde, o consumo pelo usuário dá-se imediatamente na produção da ação, esta não está sendo ofertada no mercado como coisa externa, que “se vai e pega” (Não confundir com o consumo de procedimentos, como exames ou raios-x, que às vezes ocupam imaginariamente o lugar do consumo das ações produtoras de saúde).

E, deste modo, no caso da produção/consumo nos momentos finais em saúde, assistenciais, temos a construção de um espaço intercessor ⁹ entre o usuário e o trabalhador produtor do ato (e isto vale mesmo para ações coletivas de saúde, para não ficarmos com a imagem que só existe nos momentos individualizados), no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados (e em processo de “captura”) de agir, e o usuário também. Neste momento, temos um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidades.

No senso comum, e por influência de uma longa tradição na qual se inscrevem o marxismo e a psicanálise, temos uma imagem de necessidade exclusiva da carência, como falta de algo que procuramos para consumir. Mas efetivamente podemos afirmar que, além deste formato específico que as necessidades adquirem, há a dimensão da necessidade como expressão de um ser que em potência “deseja” ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de “potência de ser”, como uma “máquina desejante” ¹⁰. E, assim, aquele espaço intercessor também expressa esta positividade, como por exemplo, a

⁹ O termo *Intercissors* está sendo usado aqui com sentido semelhante a *O* de Deleuze, no livro *Conversações*, do qual já falamos e que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Anti-edipo*, que não é uma somatória de um com o outro e produto de quatro mãos, mas um «inter». Assim, usamos este termo para designar o que se produz nas relações entre "sujeitos", no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os "dois" em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos. Tratamos com mais detalhes desta questão, no texto “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde”, publicado como capítulo do livro *Movimento sanitário: 20 anos de democracia*, organizado por Sonia Fleury Teixeira, em edição comemorativa dos 20 anos do CEBES.

¹⁰ Tomamos este termo de Felix Guattari e Giles Deleuze que afirmam, desde a produção do livro *Anti-edipo*, que “os vivos” operam como máquinas desejantes. Voltaremos a isto adiante.

do usuário que busca nos serviços de saúde um meio de ser mais autônomo no seu modo de caminhar no mundo ¹¹.

Neste momento, voltamos à reflexão em torno do trabalho do marceneiro-artesão, para explorar outras dimensões importantes deste tema do processo de trabalho.

Este trabalhador, na segunda situação por nós mostrada, a de produzir a cadeira para a troca, aparentemente não terá tanta “autonomia” para, no ato da produção, usar o seu trabalho vivo sobre a “caixa de ferramentas” (a qual contém os trabalhos mortos: instrumentos e tecnologias) e produzir cadeiras de um modo muito livre, pois deverá orientar esta produção com uma certa dose de normatização em torno do que está sendo “desejado” por consumidores de cadeiras que, além do mais, queiram fazer trocas conforme um certo acordo social (contrato social) que “define” quem ele é e quem são os outros, dentro de uma certa regra social, legítima, legal e imaginária.

Assim, o seu trabalho vivo estará sendo não só comandado por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, como também pelo modo como se constroem socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las.

O trabalho vivo em ato estará sendo quase que plenamente capturado por forças instituídas (como as tecnologias duras, representadas pelas máquinas; e leve-duras, representadas pelos saberes estruturados¹² - da sua caixa de ferramentas, o modo como socialmente se produz necessidades e os modos de satisfazê-las), mas mesmo assim o trabalho vivo do marceneiro pode exercer variações no processo de produção da cadeira. Veremos que, em grande parte, isto se deve ao fato de estarmos falando de um artesão, pois a situação seria bem diferente se estivéssemos falando de um operário em uma fábrica de cadeiras em sociedades capitalistas, onde a “captura” do trabalho vivo em ato pelo controle capitalista tem que ser total.

Mais adiante notaremos que, quando se trata de trabalho em saúde, esta autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, independentemente de estar ou não sob a forma empresarial, em relação aos movimentos de “captura” pelas tecnologias mais estruturadas

¹¹ Em torno destas questões fazemos um exercício sobre o tema “Universalidade, equidade e acesso”, apresentado em um texto ao **V Encontro Municipal de Saúde de Belo Horizonte**, em 1996, e editado nos *Cadernos* deste evento.

¹² Esta classificação tipológica de tecnologias em saúde está mais sistematizada no capítulo adiante, “Em Busca de ferramentas analisadoras...”

(duras e leve-duras) ¹³ e pelas necessidades. Pois ambas - tecnologias estruturadas e necessidades - capturam o trabalho vivo em ato, no processo intercessor que, em saúde, é sempre um processo “quase-estruturado”.

Para entendermos isto com mais detalhe, voltemos ao produtor e consumidor, na busca de uma melhor explicitação deste conceito de intercessores que estamos utilizando.

Esta ideia de intercessores, como já anotamos em rodapé, está inspirada em Deleuze, que a expõe no livro *Conversações*, quando procura explicar que seus textos produzidos junto com Guattari não são produtos de suas simples somatórias, pois nascem da interseção que formavam naquela produção. É com esta noção que gostaríamos de trabalhar agora, a da interseção formada pelo produtor e pelo consumidor, e como ela se apresenta distinta para os processos nos quais os produtos são consumidos em movimentos separados dos da produção, dentro da lógica da empresa capitalista, daqueles nos quais o consumo se dá imediatamente na produção, como na saúde, formatando-se processos mais estruturados e quase-estruturados ¹⁴.

Isto está sendo lembrado para percebermos que tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço intercessor produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, “desejos”¹⁵, necessidades, processos de “capturas” que estejam sofrendo, etc. Portanto, interessa-nos perceber que no processo intercessor produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades - tanto como carência quanto como potência - e, também, de distintas formas de satisfazê-las. Por exemplo, o produtor de ações de saúde pode estar em busca de dinheiro, mas o consumidor estará sempre, bem ou mal, atrás de defender um “bem”, a sua saúde, que lhe diz respeito quanto a sua capacidade de caminhar pela vida, com uma certa qualidade.

¹³ Verificar-se-á, mais adiante, que há uma terceira modalidade de tecnologias, não tão estruturadas e que denominamos de leves, que são produtoras de relações intercessoras, como é o caso do processo de acolhimento ou de vínculo, como práticas intercessoras em saúde ou mesmo o próprio jogo transferencial dos processos psicanalíticos.

¹⁴ Este uso de estruturado e quase-estruturado é feito de empréstimo de Carlos Matus ao falar dos tipos de problemas que os atores em situações nomeiam e que refletem a sua maior ou menor consensualização, em um dado jogo social no qual atuam, devido às suas vivências ou não do problema e pela possibilidade de compartilhá-los ou não.

¹⁵ Gostaríamos de lembrar que a palavra *desejo* tem conotações muito amplas conforme o referencial que a utiliza, e aqui não estamos tentando cobrir seu pleno sentido psicanalítico associado à questão libidinal, pois a estamos colocando como um momento de expressão, inclusive de vontades mais ou menos conscientes.

No caso do marceneiro, a interseção não se dá entre ele e o consumidor de modo direto e imediato, mas mediado pelo mercado e pelos distintos produtos, expressos representativamente em seus valores de troca e de uso. Na saúde, ela se dá de modo imediato, tudo ao mesmo tempo. E, neste sentido, é importante nos debruçarmos um pouco mais delicadamente sobre este típico processo de trabalho, o de saúde, refletirmos um pouco mais sobre o conjunto destas questões e o modo como ele é operado, tanto do ponto de vista da produção material de produtos, bens simbólicos - como o é a saúde, além de tentar entender que, enfim, falar em satisfazer necessidades e realizar finalidades coloca-nos, inevitavelmente, diante de uma discussão no campo da subjetividade humana.

Nos próximos itens, vamos nos expressar em torno da realidade do processo de trabalho em saúde, tomando como referencial a micropolítica do trabalho vivo em ato. E é neste contexto que procuraremos operar com os conceitos básicos para esta reflexão que estamos propondo, buscando explicar os processos que compõem a micropolítica do trabalho vivo na saúde e sua ação nas dobras da gestão dos estabelecimentos de saúde: como o lugar onde se governa os processos institucionais, ao ser o espaço da formulação e decisão de políticas, e como o lugar que permite imprimir direcionalidade aos atos produtivos, no interior dos serviços, ao governar processos de trabalho.

Primeiramente, temos que reconhecer que boa parte do conteúdo deste debate não tem sido de todo estranha aos estudos sobre a mudança dos processos de trabalho, pois há um conjunto de ideias e de teorias que o focalizam e que, em parte, o reconhecem. E, adiante, além de tentarmos trazer esta discussão para dentro da nossa reflexão, iremos tomar a sua contextualização partindo de uma situação mais genérica, isto é, da realidade do mundo do trabalho nas organizações, para depois nos debruçarmos sobre o tema da saúde.

A MICROPOLÍTICA DO TRABALHO VIVO EM SAÚDE: UMA QUESTÃO INSTITUCIONAL E TERRITÓRIO DE TECNOLOGIAS LEVES

Mexer em processo de trabalho é mexer com cabeças e interesses

Antes de mais nada, vale lembrar que essa discussão - a da mudança do processo de trabalho em saúde - não é nova. Nem do ponto de vista do setor público e privado, nem do ponto de vista da medicina e da saúde pública. A bem da verdade, essa ideia de mudança de

processo de trabalho, em geral, é muito mais abrangente do que o que se tem demonstrado nas análises das mudanças de modelos de atenção à saúde.

Toda a discussão atual sobre a mudança do padrão de organização do capitalismo no Brasil e no resto do mundo, de um certo modo, passa pela questão da mudança do processo de trabalho em geral. Alguns autores chegam a tratá-la, do nosso ponto de vista, partindo de algumas premissas confusas, como uma discussão sobre a "revolução tecnológica da comunicação informatizada". Outros a confundem com a "modernização tecnológica" e a robotização dos processos de trabalho. Percebe-se porém que, de um modo ou de outro, estas diferentes perspectivas estão tratando e reconhecendo que as anteriores bases tecnológicas do processo de produção estão mudando.

Dentro deste debate, é interessante observar o que alguns autores, considerados "papas" da gestão empresarial e do processo de trabalho nas organizações, como Peter Drucker, vêm produzindo como reflexão sobre o tema da gestão organizacional neste momento de mudança.

Peter Drucker aponta algumas questões interessantes ao afirmar que a grande característica vivida pela revolução tecnológica hoje é marcada pela contaminação predominante do setor terciário no mundo da produção material, que ele entende como sendo um movimento no sentido de que: da etapa inicial das sociedades, quando a produção material era muito vinculada ao setor primário (agricultura), passamos para as primeiras revoluções industriais, quando obteve relevância o setor secundário, chegando-se inclusive ao ponto de se poder falar em industrialização do campo, da agricultura. A partir disto, contemporaneamente, atingimos a terceirização do processo de produção industrial.

Mas vale a ressalva de que não é dessa terceirização que falamos comumente, do ponto de vista de flexibilização da força de trabalho ou da contratação de uma outra empresa prestadora para fazer parte de algum serviço, como por exemplo, a limpeza dentro de um hospital. Ele não está falando sobre terceirizar as atividades. O que o autor está falando é sobre a natureza do espaço da produção.

Mesmo considerando como limitada esta maneira como ele compreende este processo ao vinculá-lo ao "conhecimento" como principal força produtiva, parece ser bem estratégica a observação que faz ao relacionar esta transformação como tendo algo a ver com o papel que vem desempenhando, neste momento, a questão do conhecimento. Entretanto, não parece perceber o que está além desta questão do saber, caracterizada como uma dimensão quase que

exclusiva e vital da subjetividade e até como representativa universal desta, não destacando, no interior dos processos produtivos, o lugar ocupado pelas tecnologias de “captura” do trabalho vivo, isto é, o quanto a atual “revolução tecnológica” vem sendo marcada pelo papel que o trabalho vivo em ato vem adquirindo no interior dos processos de trabalho em geral, no espaço terciário da produção em particular, inclusive como produtor de mecanismos gerenciais que visam a “captura” dos trabalhos vivos diretamente vinculados à cadeia produtiva material. Esta é uma questão que, devido a sua importância, retomaremos em detalhe mais adiante, ao tratarmos das organizações e do trabalho vivo. Aliás, diga-se de passagem, fato nunca negligenciado pelo capitalismo contemporâneo que vem se alimentando de um território especial de tecnologia para municiar os processos de mudanças capitalistas, e que é a do campo da gestão das organizações e da micropolítica do processo de trabalho.

Há um autor brasileiro, Paulo Roberto Motta, que de uma certa forma capta esta situação sob um aspecto muito interessante, ao dizer que o enfrentamento de questões destas ordens, atualmente, é muito vinculado a um recurso vital: a capacidade de gestão ¹⁶. Este autor, em seu trabalho, mostra como hoje estamos vivendo uma situação histórico-social, que tem definido para as organizações produtivas um desafio que só pode ser enfrentado através dos modelos gerenciais cada vez menos burocráticos, e que permitem às organizações uma plasticidade que as transformam quase em uma “organização inteligente” ¹⁷, que consiga assimilar o que ocorre no seu interior e na sua volta, e elaborar soluções adequadas para cada problema novo que lhe aparece. A gestão seria o campo tecnológico para dar às organizações esta plasticidade.

Entretanto, compreender esta questão dentro do tema deste trabalho exige um aprofundamento sobre a dinâmica do trabalho vivo no interior das organizações produtivas e, para fazer isto, usaremos como exemplo a comparação entre uma fábrica de automóveis e um centro de saúde. Entretanto, estaremos utilizando-o, neste momento, de um modo bem simplificado, pois para explorar melhor todas as implicações desta reflexão faz-se necessária a construção de um texto específico, que tenha como objetivo tratar das relações entre as

¹⁶ Veja tanto As Sociedades Pós-Capitalistas, de Peter Drucker, editado pela Pioneira, quanto A Gestão Contemporânea, de Paulo Roberto Motta, editado pela Record.

¹⁷ Este termo é nosso, pois P.R.Motta não o utiliza. Além de concordarmos com parte de suas ideias, achamos que também há, hoje, um profundo movimento para redefinir o que é trabalho produtivo e o que é mercadoria, como mais adiante discutiremos ao dizermos que o trabalho em saúde produz “bens-relações”.

organizações e o trabalho vivo, tematizando em particular a gestão como expressão do trabalho vivo em ato e suas dimensões tecnológicas.

Para dar seqüência à análise comparativa, em primeiro lugar, é necessário imaginarmos que a experiência taylorista pode nos mostrar que as organizações capitalistas sempre tiveram que conviver com a existência de um certo autogoverno do trabalhador no processo de trabalho e que aprenderam, em parte, a domesticá-lo e mesmo otimizá-lo, para poder caminhar para processos de organizações do trabalho nas linhas de produção dentro dos moldes mais clássicos das empresas, como o que ocorreu com as automobilísticas.

Taylor soube perceber esta situação e, a partir de então, acabou por propor a conformação de uma certa tecnologia para operar estes contextos organizacionais produtivos, mostrando como é possível atuar tecnologicamente no espaço da gestão do processo de trabalho, no interior dos estabelecimentos produtivos, e que acabam constituindo-se em poderosos meios de produção, que mais tarde se constituem em um dos lugares privilegiados do exercício da atual “revolução tecnológica”, como veremos mais adiante. Além disso, este processo pode nos revelar, em termos da discussão sobre o trabalho vivo nas organizações, as muitas perspectivas que apontam para a mudança dos processos de trabalho.

Podemos dizer que o desenvolvimento do universo tecnológico que tem como centro a gestão das organizações produtivas, enquanto uma tecnologia do tipo leve-dura ¹⁸, acompanhou quase passo a passo o que classicamente entendemos por desenvolvimento tecnológico do mundo da produção, desde a introdução de tecnologia dura, como a máquina-ferramenta, que cada vez mais necessita de menos trabalhadores para obter porções maiores de mais-valia, e que é o que se denomina, na discussão clássica do marxismo, de mais-valia relativa e absoluta.

Com isso queremos dizer que as “revoluções no mundo tecnológico da produção” não se fazem só com a entrada em cena de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações, a fim de garantir a “captura” do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os autogovernos tenham que ser “coerentes” com a natureza do processo produtivo capitalista. Além de estarmos sugerindo que quanto mais intensiva a exploração direta do trabalho vivo na linha de produção, há a necessidade de se ampliar a capacidade de “captura” deste por estratégias organizacionais localizadas nos processos de gestão do

¹⁸ Uma discussão bem mais detalhada sobre esta tipologia das tecnologias encontra-se no texto “Em busca de ferramentas...”, já citado acima.

equipamento institucional, devido à ação do trabalho vivo no duplo espaço da gestão: de um lado a dobra da gestão no espaço do processo de trabalho, de outro lado a dobra no espaço da gestão organizacional do estabelecimento produtivo.

Porém, estas questões não se apresentam de modo idêntico quando o processo produtivo é o das práticas de saúde, por causa de sua natureza muito menos estruturada e do fato de que, no interior destas práticas, está-se permanentemente diante da constituição de um espaço intercessor trabalhador-usuário, como o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo de necessidades, que como vimos define-se no interior de um processo quase-estruturado.

Vejamos isto mais de perto na comparação entre o caso da fábrica e o do centro de saúde.

De um modo bem genérico, ao descrevermos a produção de automóveis em uma fábrica brasileira, podemos dizer que há uma tal ordem imposta ao processo produtivo na linha de produção que, se uma área como a forjaria não seguir os padrões definidos para ela na fabricação de seu produto, como por exemplo uma certa porta do carro, a área seguinte, como a da pintura, não irá nem aceitar o produto ofertado pela forjaria.

Deste modo, há uma lógica na linha de produção que tem que ser seguida sempre em termos de padrões a serem perseguidos para o produto de cada área de produção e, se estes padrões não forem obedecidos, o trabalho vivo nele incorporado será rejeitado. Isto é, neste tipo de organização, a “captura” do trabalho vivo deverá ser total e completa na linha de montagem do produto final, pois esta organização não pode viver com um autogoverno do trabalhador ao ponto deste alterar os padrões dos produtos a serem manufaturados e a sua vinculação com o jogo da criação dos valores ¹⁹.

Logo, uma organização deste tipo deve desenvolver permanentemente um conjunto de ações cuja finalidade é o de garantir a plena “captura” na linha de produção, do trabalho vivo em ato, sendo que estas ações devem atuar para aparar o sentido do autogoverno colocando-o, o tempo inteiro, a serviço da sua lógica capitalista empresarial, previamente definida.

Podemos afirmar, então, que uma organização deste tipo age na busca permanente de um processo bem estruturado na sua linha de produção final, e que para ser atingida desenvolve uma frente de trabalho cujo objetivo é controlar e viabilizar a “captura” do

¹⁹ Já tratamos disso na introdução quando abordamos a teoria do valor.

trabalho vivo naquele processo, estruturando-o. Esta nova frente de trabalho, não diretamente comprometida com a elaboração do produto final, dá-se no espaço da gestão organizacional e graças a um conjunto de trabalhos vivos, também, que visam tornar o trabalho vivo diretamente comprometido com a elaboração do produto final, um trabalho “capturado” plenamente pela lógica capitalística, no nosso caso, do trabalho morto que opera e padroniza o processo diretamente produtivo.

Uma organização deste tipo centra atenção muito especial neste trabalho vivo, que tem como missão “matar e domesticar” o autogoverno da linha direta de produção, que pretenda alterar a sua lógica. E, se observarmos o mundo das necessidades que estão sendo satisfeitas, podemos afirmar que a do possível usuário do produto final não se faz presente imediatamente no ato da produção, inclusive sendo encarado como algo a ser comandado e estruturado pelo próprio processo produtivo, que procura “capturá-lo” também.

Nesta dinâmica de “captura” do trabalho vivo em ato na linha direta da produção, em uma fábrica de automóvel, realizada pelos componentes do trabalho morto, tanto contido nas máquinas (como tecnologias duras), quanto nos saberes normatizados (como tecnologias leves), como já expusemos, podemos também sentir a presença de um conjunto de outros componentes instituídos por distintas lógicas, que atuam como processos de contenção das possibilidades instituintes do trabalho vivo em ato, produtor de bens finais.

Em particular, destacamos os papéis que jogam os processos de constituição e reprodução dos territórios existenciais auto-referenciais aos quais os trabalhadores estão “colados”, como resultado de processos agenciadores subjetivantes, que os produzem como “grupos sujeitados”, no dizer de Guattari. Vale, neste sentido, destacar tanto o papel capturante de subjetividades que desempenham, por exemplo, as ideologias “domesticadoras” sobre os trabalhadores, quanto as conformações subjetivantes que a própria dinâmica do trabalho impõe ao modelar o corpo como “ferramenta de trabalho”, seus espaços, tempos²⁰, e mesmo modos de sentir.

Assim, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas” também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo, como forças instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termos de agenciamentos como os casos de

²⁰ Nesta direção apontam os estudos de Felix Guattari, no livro Caosmose, e de Michel Foucault, no livro Microfísica do Poder.

movimentos constestadores e anti-hegemônicos²¹. Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como parte de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos^{22, 23}.

Sem dúvida, dentro das organizações bem estruturadas como a fábrica que tomamos para análise, temos descrições de rupturas destas “capturas” em geral, mas isto tem ocorrido comumente só em momentos sociais bem especiais, quando ocorre a aparição de “atores sociais” novos e organizados com capacidade de confronto com o processo instituído.

Entretanto, às vezes assistimos a processos intra-organizacionais que têm a pretensão de provocar mudanças de modo controlado e, neste sentido, vale destacar como tem-se buscado um conjunto de tecnologias que têm como desafio não só o controle do trabalho vivo em ato na produção de bens, mas também o da sua própria capacidade de mudanças. Aliás, este tem sido um tema bem permanente para algumas das correntes que compõem a Teoria Geral da Administração, que foram e são produzidas com a finalidade de construir modos de ações, os quais visam a uma gestão organizacional “capturadora” do trabalho vivo produtor de produtos finais e a sua direcionalidade, a fim de provocar mudanças^{24, 25}.

²¹ A análise que se realiza aqui está abstraindo que muitos operários inventam modos próprios de gerir seu cotidiano no trabalho, inclusive com a perspectiva de “não adesão” aos processos capturantes. Fatos que podem ser evidenciados pelas faltas, pelo quebra-mão, etc. Entretanto, como tendência organizacional, estes são eliminados se não se constituem em um movimento.

²² Deve ficar claro que os processos instituídos, como as ideologias hegemônicas, comportam-se também como instituintes nos espaços micropolíticos, disputando com outras forças instituidoras, de naturezas semelhantes e distintas, processo de produção de “grupos sujeitos” no interior das organizações produtivas.

²³ Chamamos atenção aqui para a observação de Baremlitt de que não podemos encarar o instituinte como positivo e o instituído como negativo.

²⁴ Adiante teremos um item destacando a análise destas teorias à luz deste modelo teórico. Depois seria interessante, inclusive, vermos como fica esta discussão diante de novos processos produtivos que procuram explorar o autogoverno na linha de produção como fator de qualificação deste e retomar as reflexões de Drucker e Motta sobre isto.

²⁵ Um exemplo particular de como isto é um fato importante, e que hegemoniza esta discussão no interior das empresas, é o tema da gestão de qualidade total que, apesar de ser um caso particular desta questão, no imaginário da sociedade é considerada como “a” gestão estratégica das instituições, embora este tema seja mais amplo. Ademais, isto ocorre, mesmo considerando-se que a análise dos resultados obtidos com isso não mostrem nenhuma situação muito favorável. Peter Drucker e Paulo Roberto Motta fazem avaliações do impacto desses projetos indicando suas limitações.

Como vimos até agora, o processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, como qualquer processo de trabalho, aliás. Mas nele, em particular, o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera.

Assim, em um centro de saúde, diferentemente da fábrica que analisamos, não é possível obter-se estratégias plenamente competentes que consigam “capturar” plenamente o trabalho vivo, realizador imediato de bens finais, e que ocorre tanto ao nível da prática médica, quanto ao de qualquer outra prática de saúde. A “captura” global do autogoverno nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho.

Os serviços de saúde têm que atuar em situações nas quais o jogo do processo de gestão do trabalho invade permanentemente o de gestão do equipamento institucional e está sempre nos limites das relações entre o público e o privado, entre a intencionalidade política e a de produção de bens, tornando-se um desafio possível para ele a busca de uma forma de “publicizar” estes espaços de gestão, em todas as suas dimensões, mesmo que em muitos projetos e modelos tecno-assistenciais esta forma se dê sob o modo privatizante.

Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens.

Neste sentido, fazer uma intervenção institucional na direção da mudança de processos de trabalho e de sistemas de direção não é só ter uma receita de programação para este processo e segui-la, pois isto é muito mais complicado, particularmente nos ambientes organizacionais do tipo de um serviço de saúde. Quando se chega num lugar como um Centro de Saúde que possui trinta trabalhadores, por exemplo, necessariamente estamos diante de uma dinâmica profundamente complexa se considerarmos o conjunto dos autogovernos em operação, o jogo de interesses organizados como forças sociais, que atuam na micropolítica do processo de trabalho, cotidianamente, e as “cabeças” presentes neste cenário. A bem da verdade, basta a existência de duas pessoas, em um ato de produção e consumo em saúde, para

que esta situação se torne altamente complexa, em termos dos distintos processos instituintes e instituídos que operam neste espaço ²⁶.

Com isto, talvez, fique mais claro que pensar a mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isto não é o suficiente.

Devemos compreender que os distintos gestores, micro e macro, que buscam operar nesta perspectiva, têm a necessidade de procurar o desenvolvimento não só de uma postura mais eclética sobre os vários instrumentais que estão em oferta, como também o de novas possibilidades de ações instrumentais, desde que percebam:

- que terão sempre que enfrentar situações de alta complexidade, em termos qualitativos, os quais caracterizam o conjunto das instituições do ponto de vista produtivo, em particular as da saúde. E que, nestes processos, deve-se procurar trabalhar com a capacidade de problematizar cabeças e interesses, em um processo institucional que atua sobre a permanente dinâmica privatização/ publicização dos autogovernos dos trabalhadores; e

- que deverão sempre buscar interrogações, no fundo sempre ético-políticas, para poderem gerar processos de liberação, sobre o sentido da “captura” do trabalho vivo em ato, pelas forças instituintes do trabalho morto, que está cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses que buscamos questionar. (O que nos remete à percepção de quanto esta liberação pode ser transformadora, particularmente no trabalho em saúde, além do quanto é vital o lugar ocupado pelo trabalhador, neste tipo de perspectiva ²⁷).

²⁶ Já sugerimos, e estamos só reforçando, que a leitura do Compêndio de Análise Institucional, de Gregório Barenblit, pode ajudar na compreensão destas questões, bem como o texto sobre psicanálise do livro Encruzilhada do Labirinto I, de Cornelius Castoriadis, editado pela Paz e Terra.

²⁷ Vale dizer que, em suas distintas produções teóricas, Gastão Wagner de Sousa Campos vem escrevendo sobre o lugar privilegiado que os trabalhadores podem ocupar no papel de reinventar os modos de trabalhar cotidianamente nos serviços. Em particular, confira seus textos presentes nos livros Planejamento sem normas, A saúde pública em defesa da vida e Reforma da reforma, editados pela Hucitec.

Neste momento, vamos deixar esta discussão e a análise dos inúmeros desdobramentos que ela possa ter e nos debruçar mais ainda sobre a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde e seu papel transformador do sentido das práticas, para podermos compreender melhor esta discussão da relação entre os processos organizacionais e as distintas estratégias que a área da saúde tem adotado, visando uma ação no espaço de intervenção do trabalho vivo em ato.

O papel transformador do trabalho vivo em ato na saúde e suas dobras tecnológicas

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção - fixadas por exemplo como trabalho morto e mesmo operando enquanto o trabalho vivo em ato -, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos "homens em ação" ²⁸ constituem.

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre "atravessado" por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disto é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser "explorada" para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.

Mas não se pode desconhecer que isto pode ocorrer nos momentos em que abrem-se fissuras nos processos instituídos e em que a lógica estruturada da produção, bem como o seu sentido, são postos em xeque, incluindo a própria maneira como está sendo gerida pelos trabalhos vivos precedentes que se cristalizaram, aliás, na potência do trabalhador.

Portanto, atuar nestes processos "trabalho vivo dependentes", permite-nos sair em busca da construção de distintas linhas de fuga, como por exemplo em relação à lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades; ao modo de como se sabe trabalhar, isto é, à sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. Repensarmos a potência e a impotência

²⁸ A pretensão aqui é marcar uma posição distinta do racionalismo que opera com a noção de homem da razão, subsumindo esta racionalidade aos processos que governam o homem em situação e na ação.

como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes - e mesmo agenciada - torna-se, assim, uma das ousadias.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como estes sujeitos se interseccionam, permite-nos realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações ²⁹.

Fazemos uma aposta na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar na busca de processos que focalizem o sentido da “captura” sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de "quebras" em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente.

Sem mencionar que isto implica em que os "disparadores" destes processos de fuga estejam explicitamente vinculados a um olhar ético-político interrogador e ruidoso, mais do que centrados em um outro modelo prévia e totalmente definido que se contraponha globalmente ao trabalho morto cristalizado no instituído ³⁰.

Entender esta dupla dimensão da ação do trabalho vivo em ato, de gerir processos institucionais e de realizar produções propriamente ditas, assim como as possibilidades de tocá-la com processos diretamente referentes aos seus modos tecnológicos de existir, é primordial na reflexão que estamos propondo, pois com ela pretendemos interferir nos modos como o trabalho vivo opera uma dada produção concreta - enquanto um modo essencialmente intercessor de ser e através de suas formas tecnológicas leves de agir, capturadas de determinadas maneiras em relação ao trabalho morto que opera coetâneo consigo -, ao mesmo tempo em que pretendemos também tocar nas maneiras como institucionalmente este processo é um espaço de ação governamental, privado e público, que define os processos de “penetrabilidade” mais ampla ou restrita, das arenas onde se decidem o sentido da instituição. Queremos pensar tecnologias que possam tanto redefinir os processos de “captura” do

²⁹ Veja de novo o tema dos intercessores, já abordados anteriormente.

³⁰ Ver Gastão Wagner Sousa Campos, em texto impresso, no qual faz uma reflexão sobre a metodologia de trabalho do LAPA e no qual aponta que, mais do que portadores de um modelo tecno-assistencial, devemos ser "provocadores" de interrogações.

trabalho vivo em ato, enquanto um dado modelo de atenção, quanto tornar mais público os processos que governam a sua direcionalidade.

Vale assinalar que, de uma certa forma, estas possibilidades não são totalmente estranhas a alguns pensadores, plenamente aderidos ao sistema capitalista atual, o que pode ser percebido quando analisamos algumas produções contemporâneas no campo da gestão empresarial, no qual vamos também buscar interlocutores para pensarmos aquelas tecnologias.

Há autores, como Fernando Flores ³¹, que têm percebido que o conjunto das contribuições da Teoria Geral da Administração ³² (TGA) tem aprisionado o potencial "revolucionário" do trabalho vivo - mesmo que não se utilize desta denominação - para implementar as modificações que se fazem necessárias (ou que ele supõe como necessárias), hoje, no interior das empresas capitalistas. Partindo de uma leitura da administração como fenômeno lingüístico, procura explorar uma dimensão da prática gerencial que, do nosso ponto de vista, é muito devedora ao momento da presença do trabalho vivo em ato no processo de gestão. Mesmo que este autor acabe propondo depois captá-lo com um método informatizado, através do seu Programa Gerencial (software): El Coordinador.

Resumidamente, Flores critica a tradição da TGA dizendo que, a partir de uma postura sistêmico-funcionalista, as suas várias correntes têm tratado os "quebras" cotidianos que ocorrem nas práticas administrativas como disfunções, mas não têm conseguido perceber que estes "quebras" são constitutivos destas práticas, que como fenômenos lingüísticos expõem sempre um ato de linguagem entre pares, que ilocucionariamente estão pondo em jogo o estabelecimento de um compromisso de ação. E, neste sentido, aponta que, sempre que ocorre um ato de linguagem, faz-se presente uma intencionalidade para além daquela mais presente na mensagem emitida (a forma locucionária do ato de fala), e que como intenção ilocucionária deste ato, está sempre criando uma situação comunicativa de explicitação de um dado compromisso para a ação, que não se dá de maneira imediatamente na fala, mas sim nos atos, o qual tem de ser aprendido, explicitado e compreendido para que, no plano gerencial, possa

³¹ Para maiores detalhes, consultar o livro Inventando la empresa del siglo XXI, publicado pela Hachete no Chile.

³² Podemos, inclusive, a partir desta perspectiva micropolítica, tratar as próprias tecnologias para a ação de governar organizações, como as produzidas pela Teoria Geral da Administração, como contribuições a serem constituídas na forma de ferramentas disponíveis para o sujeito da ação em sua atividade de gestor do processo de trabalho, desde que sejam "desencarnadas" de suas lógicas instituintes dadas pelo trabalho morto que representam e, deste modo, possam ser "apossadas" por outras (lógicas instituintes).

ser compatibilizado com a busca de um processo cooperante de compromissos, entre os pares, no interior das empresas.

Com isso, o cotidiano de uma organização está sempre aberto à possibilidade de um não-compartilhamento ou mesmo de uma não-adequabilidade entre o compromisso ilocucionário que o ato de linguagem comporta e as ações, que se tornam vitais para o cumprimento da missão institucional. O cotidiano seria, então, permanentemente atravessado por estes ruídos. Ser gestor, nesta situação, seria desenvolver a capacidade de escutá-los, construindo um processo de busca de entendimento deles e de um certo estado de ânimo cooperativo para a execução da missão institucional.

Mesmo considerando-se que, para Flores, os instituintes capitalísticos, que instituíram e instituem os lugares dos "falantes", e até o processo do falar, é o parâmetro do que são os interesses missionários da organização, a sua contribuição expõe uma dimensão muito própria de um dos momentos do trabalho vivo em ato nas organizações, que é o expresso pela identificação do ato das "conversas" que criam compromissos para a ação, entre as distintas áreas de produção e os diferentes níveis organizacionais. Também identifica a ação gestora cotidiana que todos detêm como "o" lugar vital para se pensar o processo organizacional.

Na perspectiva do que estamos buscando, ou seja, a possibilidade de tomar os ruídos cotidianos como "abridores" de linhas de fugas do instituído, consideramos limitada a perspectiva de Flores, pois não permite explorar os "quebras" como analisadores que viabilizam agenciamentos de novos processos no campo da subjetividade que opera nos espaços de autogoverno do trabalho vivo em ato, possibilitando a invenção de novas "missões" organizacionais e novos sentidos para o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que não compreende com clareza a dimensão propriamente tecnológica do trabalho vivo em ato, nos processos produtivos propriamente ditos, com as suas ações tecnológicas intercessoras.

Mas, mesmo assim, Flores evidencia o quanto o trabalho vivo ocupa um lugar estratégico na ação de "desenhar" a organização ³³, podendo ser "operado" com certas "ferramentas gerenciais" que ponham sua "captura" em xeque, tornando-se fonte inesgotável

³³E que, aqui neste texto é entendido mais amplamente ainda, pois o tomamos substancialmente como espaço da subjetividade em produção que "carrega" em si muitas outras racionalidades, para além da que aquele autor apreende na dimensão da linguagem e que está implicado com o trabalho em si.

de produção de possíveis novos mundos e cenários no interior do mundo do trabalho, dado o instituído em jogo que estejamos questionando e querendo superar.

O processo de trabalho, desta forma, pode ser exposto nevrálgicamente como micropolítica e lugar estratégico de mudança, como vimos afirmando ao longo do texto.

Tirar proveito desta maneira de olhar para o campo da gestão do processo de trabalho em saúde é o que se pretende, ao propormos uma reflexão em torno do:

a - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, como uma dimensão que o abre para práticas criadoras de permanentes processos tecnológicos para enfrentar a complicada temática das necessidades de saúde, que deve ser vista também sob a perspectiva de sua instituição;

b - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, como uma maneira de analisar a distinção entre o lugar que ocupa - e da própria forma de sua “captura” - para um modelo como o médico-hegemônico e aquele que pode ocupar para um outro, como o de defesa da vida (Nisto temos que reconhecer que temos pouco acúmulo, inclusive para se criar detetores, como os indicadores de saúde, da presença desta tecnologia do trabalho vivo em ato, além do quanto o modelo atual de informação é centrado nos indicadores de trabalho morto do médico-hegemônico ou mesmo da saúde pública mais tradicional, criando-nos dificuldades adicionais para operarmos com estas novas dimensões. Este tema será alvo de análise mais apurada, entretanto, no capítulo seguinte, sobre as ferramentas analisadoras);

c - processo de trabalho em saúde sobre a ótica do trabalho vivo, abrindo uma caixa-preta em torno da presença das "tecnologias leves", tecnologia de (e das) relações - dos intercessores, no interior dos processos que podem gerar alterações significativas no modo de se trabalhar em saúde - e a importância de se incorporar os interrogadores dos espaços intercessores que se constituem entre o trabalhador em saúde e o usuário (que portam processos instituintes distintos sob a forma de diferentes necessidades na construção de seus espaços), sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressas em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a

produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem a vida ^{34,35}.

TRABALHO VIVO EM SAÚDE E SUAS TECNOLOGIAS LEVES NO EXERCÍCIO DOS AUTOGOVERNOS E NOS PROCESSOS INTERCESSORES

Como já dissemos, em momentos anteriores deste trabalho, tomamos algumas das contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e de Cornelius Castoriadis para entender as questões que se referem à própria capacidade do trabalho vivo em ato na saúde em interrogar o sentido de sua “captura”. Assim procuramos conversar, mesmo que correndo o risco de em muitos casos sermos bem superficiais, com a produção teórica destes autores, tentando compreender algo sobre a tecnologia do trabalho vivo em ato e sua relação com a prática de duvidar, analisar e procurar revelar (através de dispositivos interrogadores) o sentido e a direcionalidade (intencionalidade) do processo de trabalho em saúde e os seus modos de operar cotidianamente nos processos produtivos.

Procuramos trabalhar com a reflexão desenvolvida por Ricardo Bruno sobre o processo de trabalho em saúde e o seu olhar sobre a “micropolítica” deste processo, com a qual tenta apreender o comando que o trabalho morto instituído (como modelo tecnológico) realiza sobre o trabalho vivo, em saúde, a partir da consagração de alguns determinados modos de organização do processo de trabalho em saúde, como uma dada singularidade histórica e social.

Ricardo Bruno apreende de forma bem competente a presença de um conjunto de forças instituintes do “sistema capitalístico”, na organização do processo de trabalho em saúde, a partir da compreensão do modo como os processos molares ³⁶ deste sistema se fazem

³⁴ Estes elementos estão presentes em maiores detalhes nos capítulos do livro Inventando a mudança na saúde e nos capítulos e anexos expostos adiante quando se trabalha a análise de situações concretas. Presente no texto impresso do autor, “Atuar em saúde”.

³⁵ Que, no nosso argumento, parecem permitir explorar a potência reformadora do trabalho vivo na micropolítica do processo de trabalho em saúde, ao se constituírem em dispositivos analisadores, interrogadores ruidosos, do cotidiano institucional onde se realiza o agir em saúde enquanto serviço, e no qual pode-se pôr a “captura” do trabalho vivo em xeque. Ver esta discussão em maior detalhe no capítulo sobre as ferramentas analisadoras.

³⁶ Nesta questão são muito interessantes os textos contidos no livro Revolução molecular, de Felix Guattari, editado pela Brasiliense, em 1981.

"determinantes" no micropolítico deste trabalho. Instrumentaliza-nos, nesta dinâmica, quanto à possibilidade de se detectar alguns mecanismos fundamentais de "captura" do trabalho vivo em ato, na saúde, pelo trabalho morto "capitalisticamente" instituído; abrindo espectros de interrogações sobre esta "captura", que possam pôr em xeque os seus sentidos, porém quando pensa os processos alternativos, quando pensa a mudança destes, fica preso a estas mesmas lógicas "determinantes" e, do ângulo de análise que temos adotado até agora, neste estudo, não explora a riqueza da micropolítica do processo de trabalho do ponto de vista do "revolucionário" que há de indeterminado, na "substância" trabalho vivo em ato e na sua potencialidade para interrogar em processo, em autogoverno, a intencionalidade do trabalho em saúde que o aprisionou e os seus modos de operar.

Com o trabalho de Cornelius Castoriadis, já citado, pretendemos exatamente abrir esta possibilidade analítica, realizando uma reflexão sobre o trabalho vivo em ato, a partir do que este autor constata, quando afirma, dentre várias outras questões, que uma teoria, como a psicanalítica, não consegue e não pode dar (e tomar) conta de todas as dimensões do processo psicanalítico ao vivo.

Diz que, diante de um caso concreto de análise, de um processo intercessor em ato entre terapeuta e terapeuzado, não é possível, baseado no arcabouço teórico, no saber estruturado construído a partir dele, dizer qual será o seu caminho e desfecho, mesmo que reconheça que a teoria e os saberes possam contribuir para este percurso (lembrar desta posição no modo como discutimos atrás sobre "caixa de ferramentas").

Castoriadis abre, assim, alternativas teóricas para corroborarmos a maneira como estamos tratando, neste estudo, a dimensão mais processual e transformadora do trabalho vivo (em ato), ao sugerir que o trabalho psicanalítico em ato tem algo que o faz singular, por ser um trabalho que tem sua essencialidade na ação e no que esta tem de próprio no seu momento de estar sendo, assim como nos momentos em que as tecnologias deste trabalho vivo em ato, produtoras dos processos intercessores de relações, como tecnologias leves, constituem o próprio processo terapêutico.

É interessante verificar que Freud, sem o denominar deste jeito, está tratando deste universo tecnológico ao falar da importância da transferência e da contra-transferência como substrato deste processo. Baseados nesta mesma abordagem é que tratamos o acolhimento e o vínculo como componentes deste universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, e os

consideramos como o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior do processo de trabalho em saúde, se forem “capturados” para criarem aumentos dos graus de autonomia deste no seu modo de caminhar na vida, instituindo suas normas vitais³⁷.

Em Ricardo Bruno, a presença do molar/instituído como determinante tem muita força explicativa, o que dificulta a visualização do que, neste processo, pode lhe abrir as portas, no sentido da sua própria superação, que neste autor é tratado como uma possibilidade externa, de um modelo versus outro modelo, já dado, que carregaria uma intencionalidade estrutural distinta, e que é portadora de uma outra direção para o sentido do trabalho em saúde, já instituída e polarizada. Neste autor, cabe encontrar os agentes sociais deste novo modelo e não constituí-los em processo, como resultados da produção de novos sujeitos, agenciados e agenciadores, na interrogação do que está dado, do modo cotidiano como se produz e reproduz o agir em saúde. Em Ricardo Bruno, os modelos em si tornam-se sujeitos plenos da conservação e/ou da mudança, e os homens são só seus substratos.

Assim, na contribuição deste autor o trabalho vivo presente no processo de trabalho em saúde, sempre considerado em sua ótica como aprisionado pelo trabalho morto contido na organização de modelos tecnológicos, deixa de ser portador de uma potência de "desdobramento" em um universo criativo e "ruidoso", com reinvenções das próprias tecnologias disponíveis, como "produtos" da sua ação em ato. Deixa de ser um trabalho instituinte, não necessariamente cristalizado e condenado pelos saberes estruturados, mortos, presentes nas normas, procedimentos e instrumentos.

Este autor não consegue perceber o trabalho vivo como fonte de tecnologias, que reinventam o sentido do que está cristalizado, construindo outros universos instituídos, ao abrir linhas de fuga no já dado, através de um processo de "revelamento", que pode ser explorado cotidianamente pelos dispositivos analisadores próprios da natureza tecnológica deste processo de trabalho, em agenciamento, e que põem em xeque o sentido do trabalhar e sua “captura”, expondo-o a novas racionalidades e lógicas institucionais.

³⁷Neste particular, ver O normal e o patológico, de G.Canguillen, editado pela Graal, e A saúde pública em defesa da vida, de Gastão Wagner de Sousa Campos, editado pela Hucitec.

Nos trabalhos de Ricardo Bruno ³⁸, ou nele inspirados ³⁹, revela-se um predomínio do aprisionamento do processo de trabalho em saúde a uma lógica instituída e dada estruturalmente, especialmente quando toma os saberes tecnológicos constituídos, como a presença instituinte e determinante da totalidade histórico-social, na micropolítica do trabalho.

Isto pode ser visto nas seguintes passagens elaboradas por Maria Inês, em uma apreensão bem precisa do pensamento daquele autor: "*(...) dentro do processo de trabalho em saúde, as relações que se estabelecem entre objeto, instrumento e produto, face das necessidades sugeridas e que direcionam a finalidade do mesmo, são dirigidas pela intencionalidade do trabalho frente a um certo saber operatório que encaminha os agentes para o cumprimento de um certo projeto de vida em sociedade*"; e ainda, ao compreender que o modelo de organização tecnológica do trabalho contém como características "*o saber (...) uma inteligência anterior ao momento do trabalho; os objetos (...) não são dados mas pensados pelo saber; cada objeto contém a necessidade social que gerou o trabalho; os agentes, os objetos e os instrumentos do trabalho são momentos de um só conjunto que realiza interna e externamente as necessidades de reprodução social*".

Entendendo-se o processo de trabalho, praticamente como aprisionado por uma dada lógica instituída, concebida a partir de uma posição totalizadora do capital como força instituinte, em uma lógica de articulação entre o momento produtivo e a sua cristalização instituída pela lógica do trabalho criador de valor. O trabalho abstrato comandando o concreto, o produtivo dirigindo o improdutivo (diga-se de passagem que, do ponto de vista teórico, estas são categorias analíticas clássicas da economia marxista para compreendermos o processo operatório do capitalismo) e o trabalho vivo só como expressão do morto e, portanto, sem chances de, ao ser um trabalho com substrato também próprio, vivificar em ato os agires do trabalho.

Ao tratar este momento da implicação do capital sobre a organização do processo de trabalho como totalizador, perde a possibilidade de compreender o complexo universo construído pelos outros processos instituintes, presentes nesta micropolítica, em particular, o lugar do trabalho vivo em ato.

³⁸Além do trabalho citado, ver também "Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades", publicado nos *Cadernos Cefor*, em 1992, pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

³⁹Como o de Maria Inês B. Nemes, na sua dissertação de mestrado "Hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo", de 1989, FMUSP.

E, neste sentido, aquela autora, centrada no pensamento de Ricardo Bruno, afirma que: *" (...) os instrumentos correspondem à forma pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho...No trabalho em saúde, estes instrumentos correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto de trabalho...voltado para a consecução da finalidade de atendimento das necessidades de saúde (...) necessidade - carecimento que orienta o processo de trabalho (...) a atividade humana é articulada a uma finalidade sempre presente, antes e durante o processo."* Sendo necessidades compreendidas como: *" (...) criações sociais, i.e., da vida coletiva. (...) As necessidades e suas formas de satisfação variam, como também as relações sociais que os homens entre si estabelecem através de seus trabalhos."*

E, de novo, devemos perguntar: qual energia se incorpora ao processo de trabalho? A do trabalho vivo capturado pelo trabalho morto, preso nas configurações tecnológicas dos processos de trabalho, comandados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas, pelos procedimentos, etc? E a energia do trabalho vivo em ato e em potência, o que tem a ver com tudo isto? Será que ele não é um componente permanentemente ruidoso deste processo, portador de outras lógicas tecnológicas, para além do que está sendo capturado como modelo tecnológico de organização do trabalho? Tecnologia do trabalho vivo em ato, que é e pode ser fonte de linhas de fugas a este processo instituído, capitalístico, e que está na base de qualquer possibilidade de intervenção no sentido da mudança, centrada no usuário, como o sentido último do próprio trabalho em saúde?

Não será que a subjetividade em ato, como essencialidade do homem em ação, não extravasa o sujeito da prática, das atividades, se esta for só entendida exclusivamente como momento capturado? Por que será que aquele, como um processo em ato, tem que ser permanentemente capturado? Cremos que na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições.

Se assim for, se é possível pensar o trabalho vivo como fonte de novos procederes, como algo que tem que ser plenamente capturado para não abrir outras linhas de ação e que, ao mesmo tempo, como no caso da saúde, não pode ser globalmente capturado, expressando-se como autogoverno e processos intercessores, é porque, então, este componente da ação no processo de trabalho em saúde tem sido e será permanentemente o lugar do novo e das novas possibilidades de intervenções.

É partindo deste princípio que devemos, e podemos, refletir sobre uma clínica como atividade que procura tudo capturar *versus* uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve.

E neste sentido, uma clínica presente tanto na medicina, quanto na saúde pública, pois é uma clínica que enquanto ação se constitui como um espaço de intervenção em processos de intersubjetividades, como lugar dos intercessores, no qual os instituintes situados disputam a direcionalidade do processo.

O olhar interrogador deste processo será sempre percebido através de seus “ruidos”, através de indicadores indiretos de sua efetivação porque, como já vimos, o ato de produção no trabalho em saúde se dá no imediato ato de consumir, e o trabalho vivo em ato é um processo que se realiza imediatamente com a produção, sempre um sendo, um dando, em um espaço publicizado, onde penetra a lógica dos intercessores, também em ato, como constitutiva imediata deste trabalho. É possível considerarmos que a tecnologia do trabalho vivo em ato é sempre um elemento ruidoso e permanente na construção dos sentidos dos processos de trabalho em saúde, como já vimos na abertura deste texto no momento do fluxograma analisador do modelo de atenção, revelando a presença dos autogovernos. E isto, por sua vez, mostra como é relativa a discussão da caracterização histórico-social determinante do processo de trabalho em saúde, pois há que se reconhecer que este está aberto para o que nele há de indeterminado, do que se define em ato, em produção permanente, nos espaços das “interseções”, produções e consumos.

Com isto, o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de “captura” pelas tecnologias dos saberes estruturados porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publiciza para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto na intimidade entre o repensar a micropolítica do processo de trabalho em saúde e o seu processo de gestão.

A necessidade instituída pressupõe que não haja singularidade, mas modos coletivos de instituir, que massificam sentidos de necessidades. Porém, ao mesmo tempo, estes se singularizam em territórios existenciais auto-referenciais que vivem sempre a possibilidade do atravessamento, da desterritorialização, da auto-emancipação, de ser agenciada por processos

de outra ordem, inclusive pelo seu encontro no espaço intercessor com outras direções que o trabalhador procura imprimir com sua ação.

Neste caminho, tomamos como desafio a criação de processos de outra ordem tecnológica para o trabalho vivo em ato na saúde, como um permanente interrogante do instituído, como trabalho morto, e de seus compromissos ético-políticos, no que diz respeito à natureza, diga-se sempre situacional, de seus procederes eficazes, direcionalidades e intencionalidades.

Chama-nos a atenção, do que falamos até agora sobre o trabalho vivo em ato, o fato de haver uma íntima relação entre a constatação da sua existência operante e a de que todos os “atores sociais” governam, como diz Carlos Matus. Com isto entendemos que uma dimensão chave do trabalho vivo em ato é o de estar sempre em situação de governo e, assim, mantendo sempre uma estreita vinculação com a discussão sobre os sujeitos em (e da) ação e o conjunto de teorias (caixas de ferramentas) que tem procurado pensar esta questão, em particular aquelas que contribuem para esclarecer a relação entre o sujeito em ação e o permanente estado de governar cotidianamente o seu caminhar no mundo e, em particular, o seu trabalhar no mundo.

Por este ângulo, procuramos abrir uma reflexão sobre os processos instalados no interior das instituições de saúde como exercícios de governos que o conjunto dos agentes realizam e que operam como mecanismos instituintes no cotidiano em um dado modo de gerir o conjunto do trabalho em saúde, dando-lhe uma cara de um determinado modelo tecno-assistencial em realização, abrindo, portanto, a possibilidade de compreender estes distintos autogovernos, pondo-os em xeque através da busca de mecanismos que pretendam “desprivatizá-los”, sem anulá-los, mas sim expondo-os a discussões mais públicas dos seus sentidos, submetendo-os a um “controle” pelo coletivo dos interessados, presentes no interior de um espaço “publicizado” de gestão, tanto dos estabelecimentos institucionais quanto dos processos de trabalho em saúde.

Por um outro ângulo, tentamos tirar conseqüências também das distintas escolas teóricas que permitem refletir sobre esta tecnologia do trabalho vivo em ato, enquanto um dado modo operatório de governar situações, cruzando com esta discussão as suas implicações com a temática e o debate sobre “o governar organizações”.

E, na busca de entender estas possibilidades de aprender o universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, procuramos compreender as tecnologias que a teoria geral da administração produziu, no sentido de capturar o trabalho vivo em ato, tentando refletir sobre a pertinência dos modelos de gestão dos equipamentos institucionais que a T.G.A. oferta para o campo particular do trabalho em saúde. Além disso, tomando como relevante o agir micropolítico do trabalho vivo em ato na saúde como força instituinte, que opera nos espaços intercessores e que intervem pela sua capacidade de gerir os processos de trabalho e os processos organizacionais, dentro da dobra da gestão como processo de produção de políticas e de bens.

O desdobramento desta busca de ferramentas que possam expressar este modo de agir do trabalho vivo em ato põe-nos diante da possibilidade de operar, de um lado com “instrumentos analisadores” que podem viabilizar a compreensão dos processos gerenciais e de trabalho, nas suas concomitâncias com os modos de “captura” do trabalho vivo em ato, que se expressam em definidos modelos de atenção e, de outro, ao mesmo tempo, como uma dobra daqueles instrumentos, com “dispositivos analisadores” que permitem, como ferramentas/tecnologias de gestão, uma intervenção nos espaços gerenciais por viabilizarem um agir nos processos, seja de formulação de projetos, como campo de construção das intencionalidades dos sujeitos, seja de decisão sobre a direcionalidade de políticas, ou nos processos de operacionalização e institucionalização das mesmas políticas.

A Perda Da Dimensão Cuidadora Na Produção Da Saúde: Uma Discussão Do Modelo Assistencial E Da Intervenção No Seu Modo De Trabalhar A Assistência⁴⁰

⁴⁰ Referência deste texto: MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

Emerson Elias Merhy

Quem tem necessidade é girafa, nós temos direitos - Chico de Oliveira

Apresentação

A produção deste texto tem várias raízes e compromissos. O maior destes é com a reforma do modo de se produzir saúde, no Brasil, ao se reconhecer que os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu rumo maior: o da defesa radical da vida individual e coletiva. E, exatamente, por isso as fontes que alimentam as reflexões nele contidas são de lugares muito distintos, porém articulados.

Em destaque anotamos três grandes contribuições: a experiência vivida junto a rede municipal de Belo Horizonte, entre os anos 93 e 96; o trabalho coletivo que se desenvolve no LAPA/DMPS/UNICAMP, devedor das experiências do movimento sanitário brasileiro dos 70 até hoje - em particular da vivenciada no Serviço de Saúde Cândido Ferreira; e, as solicitações da militância junto aos movimentos sociais de saúde, em particular do Sindicato dos Médicos de Campinas.

Deste último fica um esboço no qual a reflexão central era entender o trabalho médico como um paradoxo: tanto como um dispositivo estratégico para implantar um modelo de atenção à saúde descompromissada com o usuário e procedimento centrado, quanto como uma “ferramenta” a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir em saúde.

Do LAPA, a possibilidade de olhar outros experimentos em torno do “projeto em defesa da vida” que se constituem em peças de diálogos obrigatórios e que inspiram novas práticas, ficando sempre como um devedor do coletivo que ali se constitui. Neste sentido, as propostas de ação que este texto apresenta são reconhecidos como produtos de um “nós”, que mesmo em suas diferenças têm produzido instigantes projetos de “agir em saúde”, que reconhecemos como fontes de inspiração⁴¹.

⁴¹ Lembramos como textos referências os livros Saúde Pública em Defesa da Vida e Reforma da Reforma de Gastão Wagner de Sousa Campos; Inventando a Mudança na Saúde de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio; e, Agir em Saúde de Emerson Elias Merhy e Rosana Onocko. Todos editados pela Editora Hucitec, São Paulo.

Entretanto, é na experiência vivida em Belo Horizonte com o conjunto dos trabalhadores de saúde e com os dirigentes governamentais do período de 92 a 96, que temos a nossa maior dívida e os instigamentos principais.

A necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos, que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitissem constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo centrado para um usuário centrado.

Neste vivenciar com o coletivo dos trabalhadores desta rede este desafio, fomos aprofundando nosso entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde e as possibilidades de suas mudanças, sem cair no canto da sereia dos projetos neoliberais, que em nome de uma cidadania negada e de uma cesta básica de saúde, tem ofertado quase que como panacéia um médico de família, que a tudo vem resolver, como um milagreiro. Desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinariedade deste agir.

Introdução

A situação mais comum, hoje em dia, é lermos sobre a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde, porém quando são catalogadas as causas ou soluções, vemos como esta constatação e mesmo a discussão em torno dela, não é tão simples.

Entretanto, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual, quanto coletivo.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais da sua vida, ao mesmo tempo que também podemos registrar que é na área de prestação de serviços, onde o cidadão se sente mais desprotegido.

O paradoxal desta história toda, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos - tanto em termos de conhecimentos, quanto de soluções - em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é esta que não encontra sua base de sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

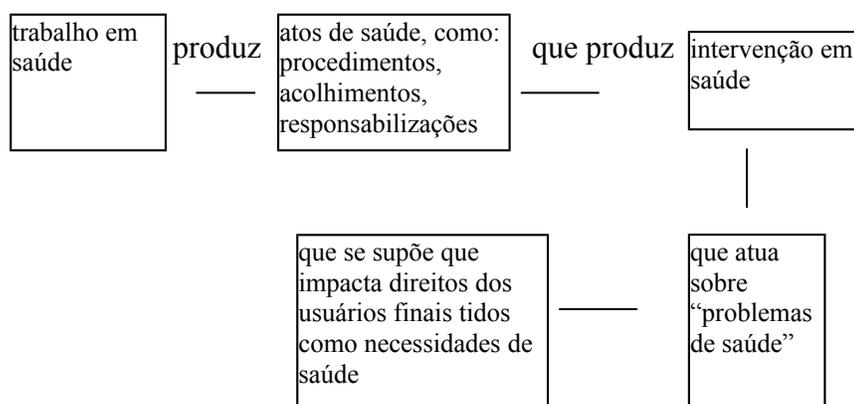
Ao ficarmos atento, do ponto de vista do usuário, sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco esta situação. E, desde já, achamos que este ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que como regra falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos - aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o EEUU que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil que deve gastar em torno de 35 bilhões, no total.

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é esta? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível a partir desta crise, diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde?

À frente, tentaremos mostrar como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final. Supomos que este processo permita a produção da

saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e não “usuária centrada”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos. Vejamos isto no desenho e textos adiante.



O trabalho em saúde e suas tecnologias

A visão já muito comum de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a nossa compreensão de que: quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que - além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as

ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante desta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

Todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica

Partindo desta visão que temos de tecnologias em saúde, podemos afirmar que de uma maneira ou de outra, todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo esta o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladoras das outras configurações tecnológicas. E, afirmamos isto, mesmo para aqueles que não são entendidos classicamente como próprios da saúde, como é o caso de um porteiro de um estabelecimento de saúde.

Por quê podemos fazer esta afirmação?

Primeiro, porque entendemos que os usuários buscam nos seus encontros com os trabalhadores de saúde, particularmente nos estabelecimentos de saúde, a produção de espaços de acolhimento, responsabilização e vínculo.

Segundo, porque entendemos que a clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma “disfunção biológica”, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.

Terceiro, porque não há produção de espaços de trocas de falas e escutas, de cumplicidades e responsabilizações, de vínculos e aceitações, se não houver um trabalho clinicamente implicado.

Mas, entendemos que apesar de todos fazerem clínica, há focos de ações entre os profissionais que lhe dão marcas nestes modos de trabalhar as distintas conformações das tecnologias em saúde, marcando suas competências em responder aos problemas colocados.

Assim, não basta existir um serviço com um excelente acolhimento, se não conseguir responder, com os exames necessários para esclarecer um certo problema de saúde, ou mesmo sua gravidade. Deste modo, é necessário, mas não suficiente, que um médico esteja totalmente comprometido e envolvido com a produção de um espaço acolhedor, nas suas relações e nos serviços, pois não irá contribuir plenamente para a conformação de uma intervenção eficaz, se, ao mesmo tempo, não usar toda sua sabedoria clínica, a serviço do usuário-paciente e em defesa de sua vida.

Aliás, achamos que esta ideia vale para qualquer profissional de saúde no que diz referência ao seu núcleo central de saber estruturado⁴².

Os usuários desejam um trabalho clínico centrado neles

Sabemos que quando um usuário de um serviço de saúde procura “ajuda” o mesmo não está simplesmente atrás de um exame, mas sim de soluções para o seu problema. E, os usuários dos serviços de saúde, são suficientemente inteligentes para saberem que, se os trabalhadores se mostrarem “cumpliciados” com ele, boa parte do que procuram será

⁴² veja mais adiante esta discussão ao tratarmos das práticas cuidadoras dos profissionais de saúde.

atingido e, neste caso, não sentem a necessidade de buscar uma ilusória segurança, em exames ou procedimentos.

Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser entendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde.

Aliás, mesmo nós trabalhadores de saúde, quando “virmos” usuários desejamos isto. Ou seja, desejamos que os serviços de saúde sejam “usuários-centrados”, pois como usuários sempre representamos “necessidades de saúde” como expressão de uma utilidade desejada, a saúde enquanto autonomia no nosso modo de andar a vida.

Mesmo quando consumidores estamos atrás de algo que no seu consumo possa nos “restituir” aquela autonomia desejada, e assim a formatação dos usuários como consumidores, que os modos de produzir em saúde provocam, não pode ser entendida sem esta dupla significação: de um lado um consumidor a querer o que se produz, de outro a representação de que isto o devolverá a saúde.

Deste modo, podemos afirmar que os principais parâmetros para a análise do sentido de um modelo assistencial são aqueles que expressam a maneira como a tecnologia leve opera no interior do sistema de saúde, e inclusive a maneira como ela é “comandante” ou “comandada”, das (pelas) outras tecnologias, na mediação entre a leve-dura e as duras, com um sentido nitidamente marcado pela busca da resolução do problema e da conquista de autonomies.

Acreditamos que a profunda crise do paradigma que estruturou o modo atual do médico trabalhar é marcada, entre outras coisas, pelo: distanciamento que ele teve dos interesses dos usuários; isolamento que produziu na sua relação com os outros trabalhadores de saúde; desconhecimento da importância das práticas de saúde dos outros profissionais; e, domínio das modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos.

Quando há domínio dos interesses organizados em torno das tecnologias duras, os processos de trabalho estão mais comprometidos com o uso desta forma de tecnologia, do que com os problemas de saúde que devem enfrentar. Desta maneira, é que falamos que hoje o modelo assistencial é todo voltado para a produção de procedimentos, que consome

intensamente tecnologia dura, gerando mais necessidade ainda de produção de procedimentos.

O trabalho médico orientado por este modelo se isola dos outros trabalhos em saúde, vai se especializando à introdução de cada novo tipo de associação entre procedimentos e máquinas, vai necessitando de uma autonomia que o separa das outras modalidades de abordagem em saúde, e alimenta-se de uma organização corporativa poderosa voltada, eticamente, para si mesma.

Este modo de operar o trabalho médico produz permanentemente a morte das tecnologias leves inscritas nos seus processos clínicos, o que gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de alienação, des-responsabilização, custosa e ocasionalmente resolutive.

Um aspecto interessante, deste modo de trabalhar, é a mediocrização da prática clínica, inclusive no sentido dos saberes estruturados que incorpora, pois são tão restritos os seus horizontes que não dá conta de que atua sobre seres humanos, vivos, subjetivamente produtores de necessidades.

Desta maneira, estas intenções que comandam o trabalho médico comprometido com a produção de procedimentos, estão articuladas a um exercício da autonomia no trabalho clínico totalmente voltado para interesses privados estranhos aos dos usuários, e isolado de um trabalho mais coletivo multiprofissional, no interior das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios, em nome de uma eficácia e de uma ética que não se sustentam em nenhum outro dado objetivo, em termos da produção da saúde.

Ao mediocrizar a tecnologia leve, submetendo-a à lógica da dura e de uma leve-dura empobrecida, encarece substancialmente as ações de saúde, tanto por incorporar serviços caros sem necessidades, quanto por ser um sistema pouco resolutive.

Assim, é imperativo apontar que o trabalho médico, em um modelo assistencial centrado no usuário, deve ser tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar, pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários.

E, neste sentido, os recursos tecnológicos com que conta são praticamente inesgotável, pois é centrado no trabalho vivo que enquanto tecnologia leve produz um compromisso permanente com a tarefa de ACOLHER, RESPONSABILIZAR, RESOLVER, AUTONOMIZAR.

A serviço destas novas perspectivas, o paradigma clínico que permitirá a incorporação de tecnologias duras, será sempre marcado pelo ritmo da produção das tecnologias leves, pela gestão partilhada e mais pública dos processos de trabalho, e pelo compromisso efetivo com a defesa da vida do usuário.

Os modelos assistenciais desenhados desta forma serão cada vez mais dependentes de uma clínica muito mais profunda e rica.

O trabalho médico é um poderoso arsenal de práticas clínicas a serviço dos usuários, comprometido com modalidades de assistência leve dependentes

Por isso, entendemos que o enfrentamento da crise atual passa necessariamente pela ampliação do próprio conceito de clínica, com implicações significativas no seu modo de atuar. E, de acordo com esta perspectiva, advogamos que o trabalho médico é um dos instrumentos mais poderosos para esta qualificação, o que nos impõe um desafio enorme: o de transformar o principal instrumento de organização do modelo assistencial que queremos superar, em um dos mais efetivos dispositivos de sua mudança.

De acordo com a ideia de que a qualificação de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leve-duras, e considerando que o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para a atuação de todos, temos na mediação que os saberes estruturados realizam para incorporar estratégias de intervenções, como no caso de profissões tipicamente de saúde, um elemento vital para a ação dos diferentes profissionais de saúde.

Nesta situação, o saber médico - subordinado à lógica das tecnologias leves - tem se mostrado uma fonte muito eficaz de ação sobre os sofrimentos humanos representados como doenças.

Não estamos desconsiderando os campos específicos de todos os outros profissionais de saúde, como por exemplo o da enfermagem que em termos assistenciais tem mostrado toda sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença, e que devido exatamente a isto tem implicações muito positivas na sua relação com o trabalho médico, principalmente se também comandada pelo campo das tecnologias leves que lhe fazem referência, e se não se reduzir às lógicas médico centradas.

Entretanto, na sua especificidade, expressa pelos seus saberes estruturados, e na sua generalidade, pelas ações que compõem o seu universo de tecnologias leves, o trabalho médico ocupa um lugar estratégico no interior da conformação de qualquer modelo assistencial, podendo portanto ser usado como analisador privilegiado para a compreensão do que estamos tratando neste texto.

Na constituição desta nova lógica, pretendemos provocar sua des-privatização deste seu modo de se “alienar” do usuário como seu foco central de perspectivas, fazendo uma rotação de 180° no seu direcionamento e provocando sua “publicização”, no interior da equipe multiprofissional e interdisciplinar, nos seus processos de produção de relações e intervenções assistenciais.

Nisto, apontamos como necessário e possível a criação de dispositivos que atuam no dia a dia dos serviços de saúde, que agem nos espaços de interação entre as distintas configurações tecnológicas, imprimindo mudanças no modo de operar as relações trabalhadores-usuários, que exponham o conjunto dos modos de atuar dos vários profissionais de saúde, nas suas respectivas competências.

Neste caminho temos proposto a criação de mecanismos, no interior dos serviços de saúde, que procuram tanto impactar o modo cotidiano de se acolher os usuários, quanto o de se produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, em um movimento combinado de singularização da atenção e publicização da gestão organizacional e do processo de trabalho.

Nas experiências que temos assistido, as apostas realizadas para modificar as práticas de acolhimento e de produção de vínculos, mesmo em situações não totalmente assumidas politicamente pelos gestores dos serviços de saúde, têm provocado impactos positivos nestes processos que buscam novos formatos assistenciais, no setor saúde.

Um produto interessante destes processos é a evidenciação de que se produzem novas modalidades de assistência, trabalho vivo dependente, centradas nos usuários e marcadas por novas combinações entre as tecnologias leves e as leve-duras que, diga-se de passagem, é uma combinação geradora de modalidades assistenciais que operam com recursos de custos muito mais controláveis e baratos, dos que os articulados as modalidades assistenciais produtos de uma combinação marcada pelas tecnologias leve-duras e duras.

Aliás, a discussão dos médicos de família tem sido produtiva por atuar neste campo, mas infelizmente em vez de ser compreendido como uma das modalidades que expressam esta nova possibilidade, acabou sendo, no Brasil, parceira de um debate muito ideológico, tanto pelos que estão a favor, quanto os que estão contra, ao mesmo tempo que aparece no seio da proposta dos governos neoliberais, por se constituir em uma modalidade barata de garantia de acesso das populações marginais, a atos de saúde, por si.

Este movimento, inevitavelmente, coloca a discussão sobre a necessidade de que, um modelo assistencial de novo tipo, deve estar calcado em uma forte rede básica de serviços, que busca efetivamente uma outra combinação entre as tecnologias em saúde, como já vimos, que permita produzir uma relação de confiabilidade e de responsabilização do trabalhador com o usuário, e que busca um ótimo na resolutividade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer, mas garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema.

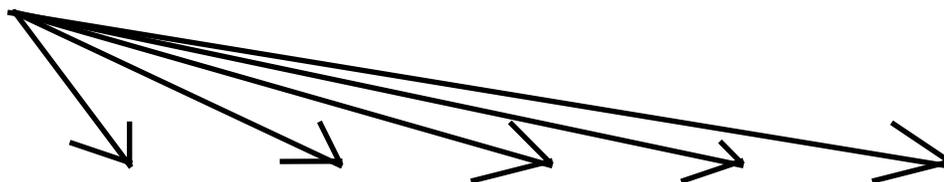
Só um modelo assistencial que produza modalidades tecnológicas de assistência, na base do sistema de saúde, comandadas pelo universo das tecnologias leves e que tenham abrangência individual e coletiva, é que pode responder a esta situação, e isto implica em uma decisão política clara, pelos gestores do setor saúde, em investir na qualificação clínica das redes básicas de serviços, ao mesmo tempo que se aposte na produção de intervenções sobre os fatores de riscos coletivos de adoecer.

Só assim, é possível construir um modelo assistencial com mais qualidade e mais barato, que respeita os direitos dos cidadãos na saúde, e que tenha a abrangência das ações individuais e coletivas.

Um intervalo para um pequeno exercício reflexivo

No quadro abaixo, desejamos provocar no leitor uma reflexão dentro do universo conceitual que estamos adotando, para pensar sobre os tipos de recursos mobilizados, conforme as tecnologias em saúde e as diretrizes operacionais perseguidas pelos serviços.

MODELO DE ATENÇÃO - MISSÃO DO ESTABELECIMENTO - DIRETRIZES OPERACIONAIS



	4 cons. méd. por hora	imunizar 80% dos menores de 1 ano	ser ágil no diagnóstico	acolher todo usuário no estabeleci/o	responsabiliz ar a equipe pelo usuários
leves			boa escuta	escutar, articular redes de conversas	acolher, vincular, redes de conversas
leve-duras	saberes tecnológicos de controle de proc produtivos	saberes clínicos epid e socio demográficos	saberes clín, epid, sociais, psicológicos	operar tecnologias de relações	operar tecnologias de relações
duras	área física, RH	técnicas de vacin. Insumos, área de trabalho	rede de apoio diagn., RH	porta aberta, RH	RH,

TECNOLOGIAS

Só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de saúde é que reformaremos o sistema de saúde na defesa da vida individual e coletiva

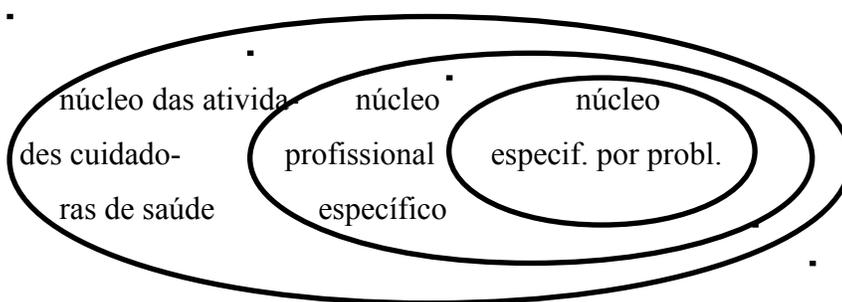
Consideramos como vital neste caminhar apontado até agora, compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um guarda da porta de um estabelecimento de saúde.

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico neoliberal é a de diminuir muito esta dimensão tecnológica do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vem advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Entendemos, que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Com o esquema abaixo tentaremos mostrar o que estamos dizendo:



Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está

desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve-duras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários.

Porém, como a conformação tecnológica concreta a ser operada pelos modelos de atenção é sempre um processo que representa ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas, em certos aspectos da realidade, dentro de um maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico expresso nas 3 dimensões apontadas acima, são nos serviços concretos, antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados neste locus de ação social.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção. Deste modo, o modelo médico-hegemônico neoliberal expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão

deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está de realizando.

Repensando o trabalho em estabelecimentos de saúde: um exercício⁴³

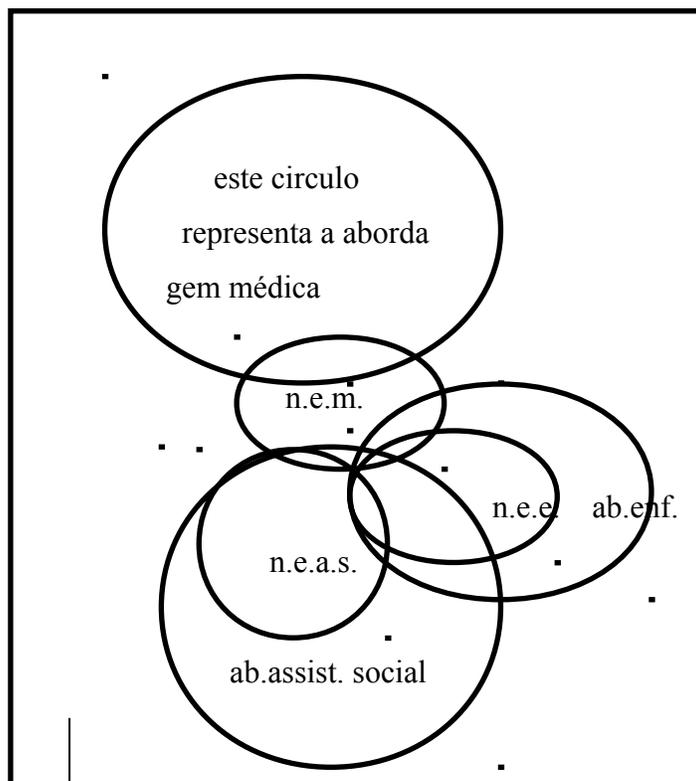
Vamos propor agora uma reflexão sobre os estabelecimentos de saúde, suas distintas missões e possíveis perfis tecnológicos, dentro deste esquema analítico que estamos utilizando, para verificar de que maneira aqueles 3 núcleos se comportam nos distintos serviços de saúde e como é possível operarmos com dispositivos de mudanças do atual modelo médico hegemônico, na direção de um outro que se pautar pelo usuário e pela defesa da vida.

Vejamos o esquema abaixo, desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social, fazem de um certo usuário de um serviço, para em seguida analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimentos e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, a cotidianeidade dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.

este círculo representa um certo

⁴³ Destacamos como pontos de apoio para este exercício as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto Notas sobre residência e especialidade médicas, de G.W.S. Campos, M. Chakkour e R. Santos, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, R. Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas junto da rede de Belo Horizonte e ao Serviço Cândido Ferreira.

indivíduo submetida a abordagens
produtoras de atos em saúde



este retângulo representa o núcleo da dimensão cuidadora comum a qualquer abordagem que produza atos em saúde.

- *nem = núcleo especializado do médico
- *neas = núcleo especializado da assistente social
- *nee = núcleo especializado do enfermeiro

Vamos entender o diagrama acima analisando, inicialmente, uma pensão protegida experimentada por alguns serviços que ousaram organizar alternativas aos manicômios psiquiátricos, para depois usar do esquema explicativo para entender um hospital geral, na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos de produzir atos de saúde.

Em primeiro lugar, temos que entender qual a missão que é esperada para uma pensão protegida. E, isto, só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera deste equipamento assistencial, pois cada

tipo de modelo cria missões diferenciadas para estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Podemos, tanto esperar de uma pensão protegida que ela seja organizada de tal modo que os seus moradores não tenham mais crises agudas, quanto que seja organizada como um equipamento que deve viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protegido, extra-muro das instituições mais fechadas.

Do ponto de vista da nossa análise, podemos dizer que um modelo que espera da pensão protegida um papel vital para impedir crises, impõe no dia a dia do funcionamento do estabelecimento, uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema, a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes no manejo das crises, por exemplo, de usuários psicóticos, e que favorece um jogo de potências em direção a certos processos instituintes.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, estes núcleos vinculados as tecnologias duras e leve-duras, encontram um processo favorável para acabarem se impondo sobre os outros núcleos, favorecendo um processo de dominação psiquiátrica diante dos outros recortes profissionais. E, o interessante a observar, é que isto ocorre mesmo que não haja comprovação de que este processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois esta imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que no momento são mais poderosos e considerados legítimos.

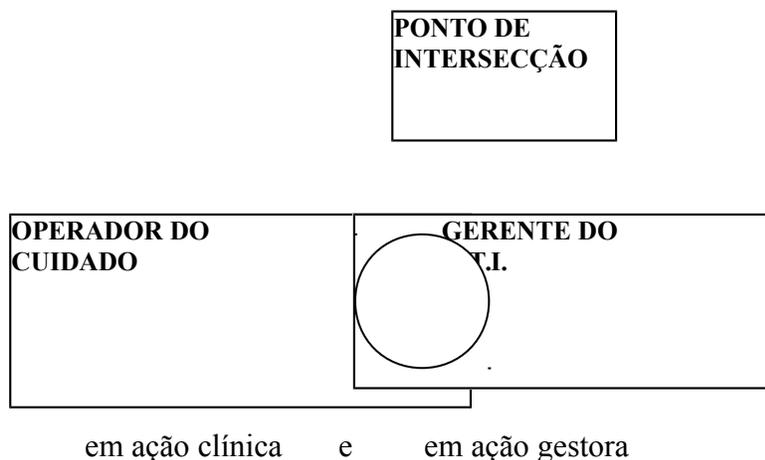
Superar esta conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando este processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

Entretanto, diante de uma missão já a priori distinta, este processo se impõe como que mais naturalmente. É o que ocorre se o que se espera da pensão é a segunda alternativa, ou seja: viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protégido

Neste caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir a partir deste núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde, diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático-administrativo na organização.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico” por travar relações interseçoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico, como procuramos expressar no diagrama abaixo:



Creemos, que um modelo em defesa da vida está mais baseado nestas possibilidades, mas isto não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que temos que almejar é esta nova possibilidade de explorar melhor este território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará sem dúvida a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação.

De posse destas reflexões, se estivéssemos analisando um outro estabelecimento que não uma pensão protegida, mas um hospital geral de clínica, a nossa análise seria semelhante, mas sofreria certos deslocamentos.

Nestes estabelecimentos, esperam-se atualmente em termos de missões que os mesmos tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e de enfermagem, só que isto é feito hoje pelo domínio que o agir médico impõe hegemonicamente para os outros recortes, e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora ou mesmo anuladora do núcleo cuidador.

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento deste tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

Este modelo deve também estar atento aos processos organizacionais, que nestas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários, acima de tudo, e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.

Creemos que só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por estes atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde, como um todo, através por exemplo de dispositivos como a “amarração” referencial entre equipes e usuários, por processos terapêuticos individuais. Só que para isso, devemos operar no conjunto dos processos institucionais, por isso acreditamos ser necessário pensar e articular intervenções complementares: no modo de se produzir e fazer a política nos estabelecimentos de saúde; na maneira de se organizar as relações de produção de compromissos e suas prestações de contas, entre os agentes institucionais; e, nos processos de produção dos atos de saúde.

É possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, que mudem o modo de se realizar a política, a organização e a produção de bens de saúde, em estabelecimentos concretos

Com o esquema abaixo, vamos tentar mostrar as possibilidades de ação nesta direção, imaginando como certos dispositivos criados no interior dos estabelecimentos, ou do sistema de saúde, implicam em intervenções positivas na direção que apontamos até agora. E mesmo, sugerir que isto seja pensado de modo conjunto e articulado pelo coletivo dos trabalhadores de um serviço, junto com os vários grupos interessados em seu trabalho de produção de atos de saúde.

No quadro abaixo, vamos descrever algumas das relações entre os campos da política, da organização e dos processos de produção em saúde, que traduzem aquelas três dimensões no interior dos estabelecimentos de saúde que destacamos atrás, e tentar cruzá-los com a ação de certos dispositivos de intervenção nestes estabelecimentos, que atuam no agir em saúde através da ação sobre os focos do governar e do fazer, e que podem como

resultante final alterar a lógica do cuidado à saúde, e consequentemente do modelo de atenção a partir do próprio interior dos estabelecimentos.

A rigor partimos do princípio que um estabelecimento de saúde é um “ambiente institucional” e portanto constituído por processos de distintas dimensões e lógicas, dentre os quais destacamos como centrais os campos acima citados e suas respectivas micropolíticas.

DISPOSITIVOS DE MUDANÇAS QUE PODEM ATUAR SOBRE OS CAMPOS E OS FOCOS EM ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE

	o foco do governar	o foco do fazer	produtos do agir, síntese do governar e do fazer
o campo da política	Conselho local de saúde	O modo de eleger os representantes. A proporcionalidade de grupos representados. O modo de se decidir e aprovar	A decisão de implementar um certo modelo técnico assistencial
o campo da organização	Colegiado de Direção Formação de Grupos Assessores específicos	O modo de escolher os profissionais. A descentralização decisória.	Um plano de ação. Uma certa política implementada. Um contrato de relações
o campo dos processos de produção em saúde	Equipes de saúde vinculadas a grupos de usuários e com autonomia para construir projetos terapêuticos. Contratos de trabalho entre gerentes de estabelecimentos e equipes.	Rede de Petição e Compromisso Fluxograma analisador Grupos de referência como gestores do cuidado	Avaliação mensal da produção dos atos de saúde por equipe. Projeto Terapêutico Individual. Atos de saúde

CADA CAMPO SE REALIZA NA PRODUÇÃO DE CERTOS PRODUTOS: POR EX., O DA POLÍTICA EM UMA APÓSTA EM UM CERTO MODELO DE ATENÇÃO, O DA ORGANIZAÇÃO EM UM PLANO DE AÇÃO DE IMPLANTAÇÃO DE UMA GESTÃO

PARTILHADA E EM UM NOVO ORDENAMENTO INSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO E DESEMPENHO, E O DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA NOVA FORMA DE PRODUZIR ATOS DE SAÚDE QUE GARANTA UM OUTRO TIPO DE ACESSO E VÍNCULO DOS USUÁRIOS AOS TRABALHADORES DOS ESTABELECIMENTOS E UM OUTRO MODO DE SE CONSTITUIR O AGIR EM EQUIPE



QUE IRÃO IMPACTAR O MODO DE OPERAR O CUIDADO EM SAÚDE, RESULTADO ÚLTIMO PRETENDIDO

- os campos representam espaços de ação e produção de sujeitos
- campo da política: representa o lugar institucional onde ocorrem as disputas em torno das formulações e decisões sobre os fazeres dos serviços, e que será mais ou menos amplo conforme a natureza mais democrática e cooperante dos projetos de saúde e das máquinas organizacionais que os implementam, ou mesmo dos sujeitos em cena. A rigor, todo o território do sistema de saúde é campo da política, i.é, se disputam projetos em qualquer nível das organizações e das relações institucionais.
- campo da organização: representa o modo como se relacionam os vários agentes institucionais envolvidos, enquanto sujeitos da organização, produzindo contratualidades entre si, e os vários níveis e instâncias de uma máquina institucional, conforme certas lógicas de possibilidades e exercícios do poder (político, administrativo e técnico). A rigor, todos os níveis de uma organização operam com formulações, decisões e produção de compromissos, e o maior ou menor envolvimento dos vários agentes está marcado pelas lógicas de partilhamento dos contratos produzidos e das possibilidades de neles atuarem os conjuntos interessados.
- campo dos processos de produção: representa o lugar da produção dos bens enquanto atos de saúde, é um espaço privilegiado de percepção e identificação dos outros dois campos, de

seus modos de agir, e de análise das ações protagonistas dos trabalhadores na construção do cotidiano dos modelos. Constitui-se em um verdadeiro divã para a análise dos protagonismos que operam no interior das equipes de saúde no agir diário, construtor do modo de atenção a saúde vivida pelo usuário.

- governar: expressa o modo como cada ator real governa os processos a eles referentes, agindo como instituintes do campo, e que se apresenta como uma dobra com o fazer, construindo o agir.

- fazer: expressa o modo como em cada campo se produz o que se almeja, como por exemplo, uma normativa, uma diretriz no campo da política; um plano de ação, uma avaliação ou um acordo de trabalho no campo da organização; e, uma intervenção assistencial no campo da produção dos bens de saúde.

Os dispositivos, que aqui sugerimos a título de exemplos, só são interessantes se puderem impactar o modo como é cotidianamente produzido o cuidado em saúde junto aos usuários de um estabelecimento, almejando resultados naquilo que já tomamos como pressupostos de uma proposta usuária centrada, impactando os modos de: ACOLHER, RESPONSABILIZAR, RESOLVER, AUTONOMIZAR.

Por exemplo, podemos perceber que em um hospital geral de clínicas para atingir estes resultados últimos, devemos mudar o modo como no interior do estabelecimento é feita a gestão do cuidado. Para isto, seria necessário mexer em toda a lógica de construção das equipes, procurando vinculá-las aos usuários. A pergunta que nos fica, é: como fazer isto?

Há várias experiências que podem mostrar estas possibilidades, e acreditamos que um modo de realizar este intento seria adscrever um número definido de leitos a uma equipe horizontalizada e responsável por eles, ao mesmo tempo que esta equipe seria perante o serviço a autoridade máxima a formular e decidir os projetos terapêuticos individuais de cada caso, com a função de ser como o gestor do cuidado o responsável sobre as relações com os outros serviços necessários para implementar o projeto terapêutico, ao mesmo tempo que exerce atividade clínica vinculante junto ao usuário, sendo quem responderia pelos resultados produzidos perante o estabelecimento, e por isso com autoridade suficiente para dar governabilidade sobre o conjunto dos processos de

intervenção, e para conquistar, ou mesmo impor, aos outros níveis de ação em saúde, a sua cooperação e prestação de contas.

Insistimos aqui com o leitor para que veja, como neste pequeno exemplo, temos a necessidade de atuar nos vários campos e focos do sistema, com certos dispositivos, para dar conta do que almejamos. E, aproveitando esta pequena descrição, propomos como exercício que o mesmo organize um quadro semelhante, junto com os seus pares no trabalho, para o estabelecimento no qual atua.

Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde

Emerson Elias Merhy

Imaginando os possíveis arranjos das valises

Inicialmente, para didatizar e facilitar o entendimento das questões que tratarei neste texto, proponho como imagem o encontro entre o médico e um usuário, olhando-o sob a noção das valises que aquele profissional de saúde utiliza para agir neste processo de interseção¹. Vou considerar que essas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais², que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.

Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”³; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador–usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato.

Olhando essas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos

¹ No texto *O SUS e um de seus dilemas...*, já citado e publicado no livro Teixeira, S.M.F. (org.) *Saúde e Democracia...*, há um desenvolvimento mais detalhado desta discussão, na qual se pode perceber que há uma centralidade ocupada pelo “trabalho vivo em ato” como “substância” dos processos que acontecem nesses encontros.

² “Este estudo..., se dedica à análise de uma forma particular de existência da mesma (tecnologia), qual seja a que se constitui pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde” – Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, pág. 20. *Tecnologia e Organização Social da Prática de Saúde*, Hucitec, 1994.

³ No texto mostro que essa classificação deve-se a centralidade que ocupa nomeu conceito o trabalho vivo em ato para o olhar sobre os processos de trabalho e as suas conformações tecnológicas.

singulares implicados com certos tipos de produtos⁴. Por exemplo, a valise das tecnologias duras permite processar com os seus equipamentos imagens, dados físicos, exames laboratoriais, entre outros. Porém, estes produtos para serem realizados, consomem, além do trabalho morto da máquina, o trabalho vivo de seu “operador” com os seus saberes tecnológicos. Mas, de tal modo, que há uma captura predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento.

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado no olhar do médico sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-lo. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, expressando-se como trabalho morto, daí o seu lado duro. Mas, nos momentos de sua concretude no agir do médico sobre o usuário, através de seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar do médico vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra essa “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo do médico - que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois tal captura também é disputada pelo usuário presente em ato nesse processo -, os produtos realizados nesta situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro desse processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar o ato clínico⁵.

Essa situação incerta da finalidade que será cumprida nesse tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça contaminará a valise da mão, pois se relaciona com ela em um processo de dominância. É a partir deste terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde. E o maior endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos

⁴ “Até por motivos etimológicos, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através daqueles instrumentos. Refere-se às configurações reciprocamente assumidas ou assumíveis pelo conjunto daqueles três momentos do processo de trabalho, dados os objetivos, as finalidades do mesmo”. Mendes Gonçalves, R.B. *Tecnologias e Organização Social da Prática de Saúde*. Hucitec: São Paulo, 1994, p. 18.

⁵ Essa tensa relação entre o vivo em ato do trabalho clínico e as teorias que permitem significar esse encontro como entre um profissional e um usuário, é problematizada de modo muito rico por Castoriadis, C. *Encruzilhadas do Labirinto*1. Rio de Janeiro: Paz e Terra, em um debate sobre a Psicanálise apresentada no capítulo *Psique*.

muito bem definidos, dará uma maior ou menor interdição à possibilidade do mundo do usuário penetrar como capturante, também, das finalidades dos processos produtivos em saúde.

Os distintos modelos de atenção variam nessa situação relacional. Mas sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem nesse espaço, só se realizam em ato e nas interseções do médico e do usuário. É esse encontro que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor de cuidado.

Entretanto, é um encontro que o médico também procura capturar. É só verificar para esse momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem, para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do médico também está operando sobre esse espaço, tentando, com a valise da cabeça, impor seu modo de significar esse encontro, e ampliando-a com saberes além dos da clínica do médico.

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros⁶. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro espaço físico.

Esse momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa, e mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças,

⁶ No texto trato com maior detalhamento a produção destes produtos intercessores como atos de saúde.

mesmo interdidadas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É nesse espaço que a busca capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor “finalidades” ao trabalho vivo do médico.

A relação particular que essa valise adquire com as outras duas, define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho médico, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos, e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional.

Por exemplo, na medicina tecnológica⁷ há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, ao ponto do mesmo praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procederem bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, sub-especializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem os seus verdadeiros vínculos, e através dos quais capturam os usuários e seu mundo.

Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde enquanto produção do cuidado, e muito menos conseguem apagar o fato de que o conjunto dos procederem em saúde são situações que buscam a captura do trabalho vivo em ato substantivamente.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem que construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de

⁷ Pode-se ver a discussão sobre a medicina tecnológica sob outros ângulos em autores como Donnangelo, M.C.F. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976. E Schraiber, L.B. O Médico e seu trabalho – obra citada.

saúde, e a outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico - para compor o seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção destas competências são conseguidas nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras.

O trabalho médico como desafio para a atual transição tecnológica comandada pelo capital financeiro

O trabalho médico, na sua intervenção, procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos que o conformam, tentando, em um duplo movimento, tanto trazer o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico, quanto subsumi-lo a este. No entanto, é interessante observar que apesar desse esforço, o recorte desses processos relacionais pelos saberes médicos não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nessa mesma relação⁸.

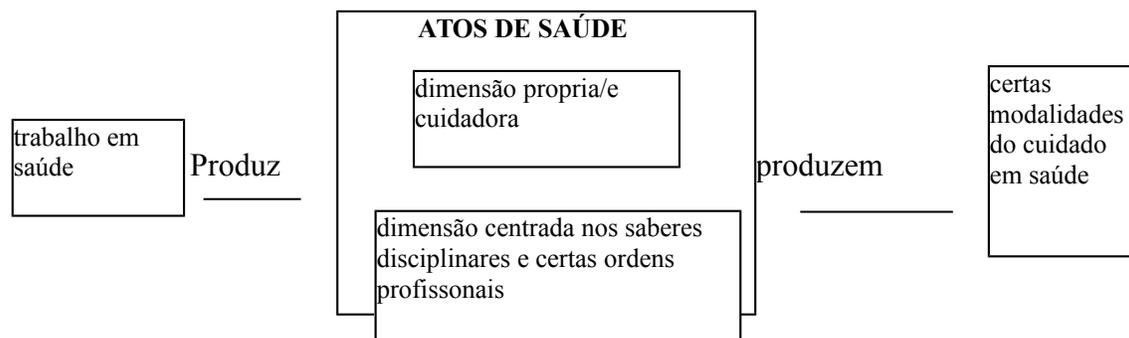
Esse trabalho constrói projetos terapêuticos⁹ tensos, pois cobra-se dele, e também de todo o seu saber-fazer, tanto um operar a produção de uma dimensão própria do cuidar - dada pelos processos relacionais e leves do trabalho em saúde, nas suas relações próprias com os saberes tecnológicos estruturados, da valise das tecnologias leve-duras -, quanto um outro, específico do próprio ato médico, vinculado a um certo recorte do saber disciplinar, expresso por uma ordem “profissional”¹⁰, composto centralmente nas relações entre aqueles saberes tecnológicos com a valise das tecnologias duras, focando a produção de procedimentos centrado no médico.

No quadro a seguir, pretende-se dar visibilidade a esta situação:

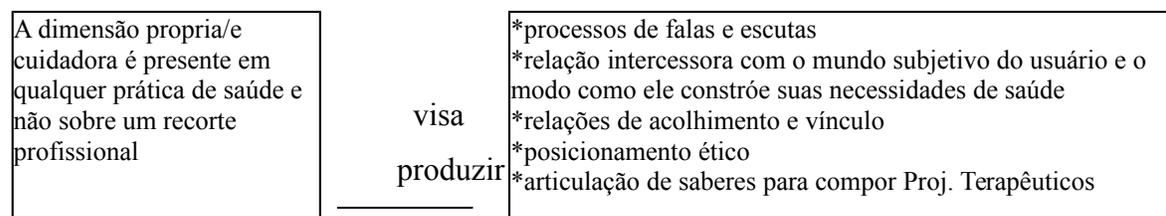
⁸ No texto “Perda da Dimensão Cuidadora...”, publicado no livro Campos, C.R. et al. O SUS em BH.. op.cit. o autor trata mais detalhadamente deste tema.

⁹ O projeto terapêutico adquire um formato definido pela maneira como um certo modelo de atenção à saúde realiza o encontro entre a capacidade de produzir certas práticas de saúde e o mundo das necessidades de saúde como seu problema de ação tecnológica, incorporando-as nos seus objetos. Assim, pelos projetos terapêuticos, poderá ser vista a maneira como, no dia a dia, os profissionais operam suas “caixas de ferramentas”, compondo e dando um certo sentido para as práticas de saúde do médico e desenhando uma certa maneira tecnológica de agir. Ver em particular coletânea citada na nota 1.

¹⁰ No texto citado ao rodapé 87, *A Perda da dimensão cuidadora...*, já citado, é possível ver mais reflexões sobre o tema.



As dimensões cuidadora e “profissional específica” são territórios de práticas técnicas que se compõem em qualquer produção de atos de saúde e que vão se definindo, conforme o modelo de atenção, em certos empobrecimentos ou enriquecimentos, como campos de saberes tecnológicos, no uso das valises que constroem e lhes são disponíveis. Pode haver, inclusive, predomínio de uma sobre a outra, de tal modo que há modelos nos quais a dimensão propriamente cuidadora pode estar praticamente anulada. Como a noção do que seja a dimensão profissional é mais visível, pela própria materialidade dos procedimentos, descreve-se adiante o que compõem a dimensão cuidadora para avançar nesta reflexão:



O projeto terapêutico, que é produzido pela medicina tecnológica, é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A terceira valise estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetivas entre trabalhador e usuário sob a

forma de procedimentos. Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo.

Nesta modalidade, os processos de trabalho são ordenados por uma redução dos núcleos de competência, cada vez mais, às capacidades de produção de modos bem estruturados de atos de saúde, enquanto procedimentos, que não deixa mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador. A redução e o endurecimento das caixas de ferramentas tecnológicas, para a garantia de procedimentos focais cada vez mais restritos e válidos em si mesmos, torna-se um martírio e ao mesmo tempo um êxito do exercício do trabalho médico. Esta modelagem hegemoniza-se de tal modo, como conformação do trabalho em saúde em geral nas nossas sociedades, que se faz presente no conjunto dos processos produtivos do setor. Inclusive no campo das ações de saúde pública. A dimensão centrada no profissional praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico.

A terceira valise, das tecnologias leves, foi subsumida nesse processo por uma relação privilegiada das outras duas, e o trabalho vivo em ato do médico tende a ser plenamente capturado e expresso por saberes tecnológicos que reduzem seu foco de ação à produção dos procedimentos. A sua capacidade de gerir o cuidado fica restrita ao comando de unidades de produção de procedimentos médicos. Mas, as lógicas que pedem as ações tecnológicas daquela terceira valise, estão ali, tensamente, pressionando o predominante “núcleo profissional” por um “propriamente cuidador”, mais abrangente.

Essa modelagem é possível de ser assumida por uma lógica de produção capitalista que vê, na parceria entre os serviços da medicina tecnológica (com seus equipamentos e saberes focais bem estruturados) e o capital industrial, um produtivo terreno de investimento e de acumulação, tanto no plano dos serviços empresariais da saúde, quanto nos das indústrias de equipamentos e medicamentos¹¹. Porém, os projetos terapêuticos assim compostos expressam uma conformação que torna esse modo de produzir o cuidado pelo trabalho médico paradoxal em termos de conquista dos seus resultados. Carregam em si uma real dificuldade de controlar os custos monetários na sua forma de incorporar

¹¹ Em autoras como Lilia Blima Schraiber, obras citadas, e Cristina Possas, obra citada, encontra-se referências mais aprofundadas sobre esse tema.

tecnologias, além de promoverem uma perda da eficácia global do conjunto das práticas de saúde, mesmo podendo, paradoxalmente, ganhá-la em termos focais. A microdecisão do médico combina-se interessadamente com as necessárias microdecisões que o capital pretende com os seus atos produtivos.

As situações mais comuns, sob esse modelo, que podem expressar suas tensões, são: de um lado, a busca permanente no plano do discurso de um perfil profissional mais generalista - fato que nunca se realizará -, e de outro, a perseguição incessante de modalidades de baixo custo para a produção dos atos de saúde, mas que ao não romperem com a base dessa modalidade de produção, acabam sempre em uma ação de mudança na conservação, não estabelecendo de fato um novo compromisso com a eficácia e efetividade em torno das necessidades dos usuários, mas sim com modalidades simplificadas consumidoras de menos tecnologias duras ou endurecidas. E, por último, um movimento consumista do usuário, como que para compensar a baixa efetividade do mesmo.

Um dos indicadores da crise que o modelo da medicina tecnológica vem vivenciando é o fato de que há parcelas do próprio capital procurando investir no setor saúde, não vinculados à parceria entre a “medicina tecnológica” e os complexos industriais¹², explorando uma possível ruptura tecnológica¹³ que as valises possam conter internamente e entre si, na formação de uma relação distinta entre a competência cuidadora e a profissional centrada. As modalidades do capital que apostam em uma outra modelagem para o trabalho médico procuram, através de tecnologias específicas, capturar a microdecisão clínica por uma gerencial, mantendo a natureza própria do território produtivo da saúde.

A disputa interna entre interesses capitalistas diferentes no setor saúde mostra bem esse processo. É possível ver uma transição tecnológica e uma reestruturação produtiva do setor, capitaneada pelo capital financeiro interessado na capacidade lucrativa do setor saúde. E nessa disputa aparece, como situação tecnológica emergente, a possibilidade de um novo lugar a ser ocupado pela valise das tecnologias leves, no interior dos processos de trabalho médico, reorientando as relações entre os núcleos de competência para a produção dos atos de saúde. Há uma transição tecnológica colocada pelo lado do próprio capital,

¹² Esse movimento do capital em torno de novas linhas de acumulação tem se refletido nos processos de reestruturação produtiva e de sua hegemonização pelo capital financeiro em todas as frentes da produção econômica na sociedade atual.

¹³ Considero “ruptura tecnológica” quando há uma nova configuração tecnológica para a produção do cuidado em saúde, de tal modo que o objeto das ações de saúde e suas finalidades colocam-se como qualidades distintas das configurações anteriores.

como se setores “neoliberais” articulados a projetos distintos brigassem entre si por fatias do processo de acumulação da área da saúde. Para o capital financeiro, que entra na disputa atual pela distribuição das atividades lucrativas no setor saúde, é fatal atuar dentro de um modelo de novo tipo que controle os custos dos projetos terapêuticos, dado vital para ele, procurando não “jogar a criança com a água do banho”, i. é, sem perder certas competências e identidades, enquanto ação de saúde.

O capital financeiro ao entrar via seguradoras¹⁴, de forma maciça, vai buscar respaldo em um novo arranjo tecnológico entre as valises: em particular entre as tecnologias leve-duras e leves, inclusive enriquecendo-as, procurando colocar uma certa leveza no campo das leve-duras e uma certa dureza nas leves, que permitam construir uma gestão de um cuidado individual a partir da noção de “acidentalidade” (sinistro) em saúde e das possibilidades de seu controle ou, pelo menos, minimização. Vai buscar ferramentas do campo de ação da saúde pública, da administração dos serviços de saúde, para ampliar a valise dos processos relacionais para além da relação médico-paciente. Produz valises para o médico, que, na mistura daquelas duas, passam a contar com: saberes clínicos que possibilitam a construção de projetos terapêuticos integralizados, não por “somação”, saberes da economia e da saúde que permitam realizar uma gestão do cuidado de custo controlável, vários projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de riscos ou de seus controles, com uma certa forma de incorporação da epidemiologia e seus modos de fazer ações de saúde.

Busca, antes de tudo, ampliar o papel da dimensão cuidadora sobre as profissionais no conjunto de suas ações, dando um lugar estratégico para os processos de gestão do cuidado como mecanismo de incorporação de procedimentos, além da geração de produtos típicos dos atos cuidadores centrados. Isso se expressa no aumento da presença de projetos, como: home-care, adscrição de clientela, entre outros. Inaugura uma busca tensa, de captura da microdecisão médica sobre o seu ato por uma microdecisão gerencial, ou burocrático-administrativa colocada e comandada pelo capital (segurador) financeiro.

Esse processo expressa também um período de grandes mudanças na organização das atividades produtivas, como o que se vive hoje no conjunto das sociedades. Seja por

¹⁴ Os textos produzidos pelo grupo de investigadores do projeto Atenção Gerenciada na América Latina, do qual o autor participa, mostram extensivamente estas questões. Ver, como exemplo, tese de doutoramento Iriart, C.B. *Atenção Gerenciada. Instituinte da ...* obra citada.

que razão for - ou pela entrada de novas tecnologias nas linhas de produção, que do meu ponto de vista não é um argumento suficiente para entender o que vem ocorrendo, ou mesmo pela consagração de uma certa modalidade de processo acumulativo de capital que é cada vez mais trabalho vivo em ato intensivo e, em contrapartida, dependente de tecnologias poupadoras de postos de trabalho, ou, então, por ambas as razões -, a totalidade dos processos produtivos vem expressando uma efetiva transição tecnológica.

Os seguros abrem-se, tomando para si a enorme fatia de mobilização de recursos de capital, pelo mundo, que o setor saúde promove. O desenvolvimento da Atenção Gerenciada (Managed Care) nos anos 80 nos EUA, e no final dos 90 na América Latina, tem expressado esse movimento do capital financeiro de forma maciça para o setor saúde. O impacto desse processo no setor, como reestruturação produtiva e transição tecnológica, está ainda por se fazer compreender de maneira mais completa, mas já vem sendo objeto de alguns estudos já citados anteriormente, e já permite, no espírito deste texto, indicar que tanto o mercado de trabalho vem sofrendo alterações significativas, quanto o território tecnológico da saúde vem sendo ocupado por novos saberes e práticas. Postos de trabalho para os médicos desaparecem, em particular para os especialistas. Novas modalidades de assistência vão ganhando relevância, novas competências profissionais vão sendo demandadas.

Concluindo

Com este texto está se afirmando que a reestruturação produtiva do setor saúde coloca em jogo os arranjos entre as valises e os núcleos de competência, levando em consideração que as tentativas de captura não são só do capital ou dos interesses a ele referidos, e que essas várias tentativas podem gerar uma tensão transformadora no trabalho médico, ao procurarem realizar uma captura do trabalho vivo em ato dos trabalhadores de saúde em geral e do médico em particular. Essas tentativas realizam-se sob formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes bem definidos, que procuram tornar esse ato um encontro de vários interesses sociais sob a forma das necessidades de saúde, expressando os interesses de diferentes tipos de capitais, liberais, industriais monopolistas ou financeiros, ou mesmo blocos governamentais específicos – com as políticas públicas no

âmbito do estado -, ou, ainda, de certos “agrupamentos” sociais que as representam como um direito e um bem público. As diferentes capturas, aqui mostradas mais sob a ótica do capital, em sociedades como a brasileira, apresentam-se de modo múltiplo e desigual-combinado, complexificando-se pela presença de outros interesses que podem fortalecer algumas modelagens em relação a outras. Hoje, parece que a transição tecnológica a que se assiste aponta para uma combinação na ótica do capital entre um médico, ou profissional de saúde, cuidador restrito, que se articula com um outro, “centrado em certos procedimentos profissionais”, com competência focal bem definida. Esta modalidade não parece ter capacidade de dar conta do tenso campo dos processos de trabalho em saúde, colocando-se permanentemente sob o foco de ações transformadoras por forças que são interdidas.

Esse processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera essa transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário. A lógica acumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo da saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isto custe a própria vida do usuário. Mesmo que processe uma outra relação entre a dimensão cuidadora e a profissional específica, o que mostra uma potência reestruturante do trabalho médico, não leva essa transformação na direção das perspectivas de captura que o usuário pretende do trabalho vivo em ato em saúde: o de ser um dispositivo que lhe permita manter sua autonomia, ou recuperar graus desta autonomia, no seu modo de andar a sua vida.

Sob a ótica do trabalho médico, como de qualquer trabalho em saúde, uma outra tensão também opera como instituinte nessa situação, e é expressa pela combinação entre a lógica de captura do trabalho vivo em ato versus autonomia de seu exercício¹⁵.

Essas tensões operam como potências de novas transformações, impondo-se como desafios a serem enfrentados para quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia a serviço da defesa da vida individual e coletiva.

¹⁵Fato claramente apontado por Gastão Wagner de Souza Campos com sua produção, desde os seus primeiros estudos sobre os médicos e as políticas de saúde.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde

Emerson Elias Merhy

Túlio Batista Franco

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos, que se encontram, fazem em conjunto, a produção da saúde.

Introdução

- A história da constituição dos modelos assistenciais para a saúde na América Latina, nas últimas duas décadas e meia, é fortemente marcada pelo debate em torno do público e privado, tendo como pano de fundo a reforma do estado conduzida em vários países do continente, como nos informa Célia Almeida (2002).
- nesse contexto foram realizadas reformas de sistemas de saúde, que tiveram como objetivo reduzir a presença do estado em função da maior participação do sistema privado na oferta de serviços de saúde.
- o cenário favoreceu a que o mercado financeiro internacional se apresentasse como financiador de sistemas de saúde privados, operando mudanças significativas, processos instituintes, na estrutura de oferta de serviços e no funcionamento da saúde suplementar (Merhy, Iriart, Waitzkin).
- esse fenômeno, a que chamamos aqui de financeirização, se refere ao grande campo de produção da saúde, onde inúmeras variáveis montam um jogo de forças, em escala macro e

micro-organizacional, que tem uma produção sócio-histórica, sofrendo atravessamentos do próprio campo, como o do perfil tecnológico de produção da saúde e as subjetividades que operam nos processos de trabalho. O objetivo desse texto é o de fazer essa discussão, tendo a produção da saúde como pano de fundo, em um cenário complexo onde a financeirização é um dos marcadores importantes na análise.

O Modo de Produção da Saúde

A maneira de se produzir a saúde, e conseqüentemente o modo de organização dos processos produtivos deste campo de práticas sociais, tem sido um dos temas mais instigantes na agenda dos vários atores sociais implicados com esse campo, o da saúde, no Brasil, e em particular quando visto sob o ângulo da questão do público e do privado. Essa contemporaneidade faz jus ao que vem se configurando como processo histórico: o fato de que o campo da saúde, nas sociedades atuais, tem tido a primazia de ser o principal referente social e cultural em relação às várias representações, individuais e coletivas, sobre o mundo da vida; construindo imaginariamente, que a saúde e a vida não são, de maneira simples e direta, constituídas no âmbito da natureza, mas referem-se sobretudo aos processos sociais e históricos produzidos pelos distintos agrupamentos sociais e conformados pela intensa atividade dos trabalhadores, usuários, agentes governamentais, empresários e operadores de serviços de saúde, e os vários setores produtivos do complexo médico-industrial (Mendes Gonçalves, 1986), vinculados a formação dos insumos e equipamentos da saúde.

O modo de produzir saúde traz em si a ideia de um campo social, onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e pode ser tanto “generoso” quanto “perverso” às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado, se olhado pelo ângulo das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de

um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho, no seu fazer a produção da saúde. É no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, cruzam-se saberes, fazeres, e construção de linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Unidade ou de uma Equipe de Saúde.

Nesse cenário, o tema da economia da saúde tem ocupado grande parte das agendas dos que têm a função de gerir os serviços e, mesmo, de muitos outros atores envolvidos com a questão. Entre os gestores do sistema de saúde, é comum aparecer em diversos níveis, quase como o “senso comum” da área, a ideia geral que associa oferta de serviços com altos custos operativos das redes de saúde, no entanto o debate muitas vezes aparece dissociado da questão do modelo tecnoassistencial e das diversas formas de produção do mesmo, o que torna as opções de análise do problema sempre parciais e simplificadas. Isso porque, embora recursos de insumos e financeiros sejam importantes para estruturar uma virtual “planta produtiva” da saúde, isso por si só não define a qualidade do serviço e menos ainda o seu perfil assistencial, que se pretende ofertar aos usuários.

A produção do cuidado dá-se por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades, que os fazem operar no campo social (Matus, 1996), definindo suas relações, produzindo os cenários para a construção do cuidado. Esses cenários vão estar vinculados a diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais, que como constitutivas do modo como se produz o cuidado, operam em distintos níveis, porém fortemente a partir da micropolítica desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e pelas tecnologias de trabalho.

Esse texto busca analisar o desenvolvimento do atual modelo produtivo da saúde, no âmbito do mercado da saúde, recuperando a memória histórica de sua formação e desenvolvimento, em especial aquilo que fez com que se consolidasse determinado perfil tecnoassistencial para a área, olhando para o fenômeno atual da presença cada vez mais crescente do capital financeiro. Por considerarmos que essa temática não está dissociada da

que envolve a questão dos modos de produção do cuidado, definimos como primeiro marcador para a discussão a se realizar, aquelas que dizem respeito ao “modelo médico hegemônico”, que se constituiu e consolidou no decorrer do século XX, e se mantém disputando essa hegemonia com alternativas que foram se desenvolvendo no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, especialmente na segunda metade do século passado. Esta análise é atravessada pela discussão da formação do campo de produção da saúde e o protagonismo dos sujeitos, o que significa que ela não está determinada a priori por nenhuma estrutura de formação social, mas é algo em permanente processo, de natureza dinâmica, e de mútua constitutividade.

Um segundo marcador para essa análise diz respeito ao conceito de Transição Tecnológica da Saúde, entendido como um processo de radical mudança no modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, isto é, no núcleo tecnológico do processo de trabalho em saúde. Essa mudança ocorre a partir de novos sujeitos interpostos na cena de produção do cuidado, operando modos de trabalhar mais relacionais, menos dependentes de insumos-maquinários, e, sobretudo, capazes de dispararem processos de subjetivações, que afetam os outros, e ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo. Esse texto propõe posicionar a discussão da produção do cuidado para um lugar onde seu núcleo está no campo das tecnologias cuidadoras, “leves” (Merhy, 2002), como chamamos mais adiante, o que abre a possibilidade de mudança do modelo produtivo a partir dessa questão. Esse é um debate central, para nós, que conduz ao tema da transição tecnológica e que permite compreender esse movimento se expressando na “financeirização” da saúde.

O modelo médico-hegemônico como modelo tecnológico de intervenção na saúde.

O médico americano Abrahan Flexner coordenou um processo de avaliação das escolas médicas dos E.U.A., que resultou na elaboração do relatório “Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching” (Flexner, 1910). Este foi mais do que uma avaliação do ensino, pois, de fato,

reorientou a educação médica nos Estados Unidos e colocou-a sob a centralidade da pesquisa biológica e seus paradigmas científicos, dando curso a uma clínica centrada no corpo anátomo-fisiológico, associando a promessa do cuidado e da cura, do campo da saúde, a ações consideradas científicas por serem orientadas por aqueles paradigmas de ciência e para um corpo cientificamente pensado e manipulado. Formou a partir daí uma forte referência para o mundo, sobre o que deveria ser o processo de trabalho em saúde, isto é, passou a articular a ideia central de uma competente intervenção científica sobre o corpo, lugar e depósito dos processos mórbidos. A ideia da excelência na clínica criou o mito do profissional auto-suficiente e cientista. Os fatores sócio-ambientais e o mundo da subjetividade, que interferem no processo saúde-doença, foram abstraídos, eliminados, das análises diagnósticas e terapêuticas; e, assim, o trabalho médico ganhou uma grande simplificação, reduzindo o campo de estudo ao corpo abduzido do meio social, ambiente, relações, vivências e experimentações tidas em sua história de vida e na sua inserção no mundo da vida e das coisas. O discurso da excelência da clínica criou uma áurea de proteção ao modelo que se gestava, não deixando revelar seu reducionismo e empobrecimento em relação à compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde. Assim, o campo de visão de intervenção sobre os problemas de saúde ficaram subdimensionados, reduzindo inclusive a capacidade resolutiva dos sistemas recém-criados. O mundo da saúde perdeu o que lhe é mais significativo: a sua humanidade.

A educação médica reformada, segundo diretrizes do relatório Flexner, interferiu imediatamente na formatação do trabalho médico, constituidor do principal meio produtivo do campo da saúde nas sociedades ocidentais, que passou a se basear no olhar sumário sobre o corpo doente e a prescrição para soluções que se encontravam sempre no seu curto perímetro. Esse processo de reforma do ensino e reorganização do processo de trabalho na clínica do médico, desenvolve-se ao longo da primeira metade do século XX como uma novidade importante.

Os fundamentos desse modelo podem ser sintetizados da seguinte forma:

1. Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à

especialização médica; já descritos aqui como proveniente das influências do relatório Flexner.

2. Os anos pós-guerra e nas décadas seguintes, até os tempos atuais, assistiu um desenvolvimento significativo da indústria de equipamentos, que tem conseguido grandes avanços tecnológicos, em particular no campo dos insumos medicamentosos e equipamentos para diagnósticos e terapias, exercendo certo fascínio nos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, que chega a obscurecer a visão de seus limites.
3. Devidamente apoiados em estratégias de marketing, que envolvem a grande mídia, até as micro-estruturas de intervenção nos locais de trabalho, as corporações industriais vêm conseguindo não apenas colocar seus equipamentos no mercado, mas formam opinião entre os prescritores, influenciando seu processo decisório, induzindo ao alto consumo dos seus produtos, em si, descolados dos resultados de impacto na saúde do usuário; como, por exemplo, o uso excessivo de recursos diversos de diagnose e terapia, sem eficácia nenhuma. Isso tudo impacta fortemente o processo de produção da saúde, pois as tecnologias mais relacionais vão entrar em desuso em favor das tecnologias máquinas e instrumentais. Esse processo tem como uma de suas facetas o consumo exagerado de procedimentos médicos, sem nenhuma indicação clínica para tal. E, três efeitos imediatos são sentidos a partir desta questão:
 - o primeiro, quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde, que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, isto é, em máquinas e conhecimentos especializados, segundo Merhy (1997);
 - o segundo, é que a partir daí verifica-se uma baixa eficácia na resolutividade dos serviços de saúde, pois, a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo, e muitas vezes reduzidos a um sinal ou sintoma, levam a construção de projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre um déficit de questões a serem resolvidas, relacionadas aos problemas de saúde dos usuários no sentido amplo do termo;

- o terceiro, os custos da saúde são majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor agregado e são usados de forma exacerbada, quanto à real necessidade do usuário.

Na mesma diretriz do item anterior, vale assinalar que o desenvolvimento da indústria química / farmacêutica encurta os períodos em que se apresentam ao mercado novas gerações de medicamentos e cria assim, como em relação à maquinaria, um verdadeiro fetiche quanto aos mesmos, ou seja, forma-se uma imagem nas pessoas de que os recursos tecnológicos (tecnologias duras) incorporados ao projeto terapêutico estão na associação direta da qualidade da assistência e na perspectiva quanto a um cuidado desenvolvido para benefício direto do seu consumidor: o usuário dos atos de saúde. No mesmo caminho dos vários avanços tecnológicos, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

Do ponto de vista do processo de acumulação de capital, na saúde, a indução do alto consumo de procedimentos é fundamental e é isto que se verifica, pois o modelo tecnoassistencial da medicina tecnológica (Scrhaiber, 1993) caracteriza-se por uma ação cotidiana, em que o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos (Campos, 1992). Apenas, secundariamente, existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade (Donnangelo, 1976).

Esse processo desenha um modelo tecnoassistencial, para a saúde, baseado na alta concentração de recursos tecnológicos (duros, como equipamentos e insumos medicamentosos) para a intervenção sobre o corpo considerado como doente, em si, e isto levou a que os sistemas de saúde dessem prioridade aos estabelecimentos hospitalares, conformando redes de serviços de saúde hospitalocêntricas.

Quanto às tecnologias do trabalho em saúde, que vimos já citando, podemos classificá-las em três tipos, sempre associados aos processos de produção dos atos de saúde: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, que denominamos de tecnologias duras; as que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado, e que chamamos de tecnologias leve-duras e aquelas que só existem no ato produtivo relacional

entre trabalhador e usuário, representadas pelas tecnologias leves, segundo Merhy (1997). Esse processo histórico de formação do modelo tecnoassistencial médico-hegemônico vem dando prioridade às tecnologias duras, expressas pelas máquinas e instrumentos, pautadas pela produção de procedimentos profissional centrada, como segmento fundamental de uma forma de acumulação capitalista na área, a do Complexo Médico-Industrial. O interessante é que isso é dado como algo inexorável, em um processo contínuo de retro-alimentação do capital no setor, por muitos pensadores deste campo de práticas, sendo considerada a exclusiva alma capitalista que preside a formação do modelo produtivo para o setor. Entretanto, temos visto, que outras formas de acumulação também vem se fazendo presente e se expressando pela entrada significativa do capital financeiro, que disputa outra forma de produção da saúde, contrário ao modelo da medicina tecnológica, médico-hegemônica.

A crise no financiamento e o questionamento do modelo hegemônico de produção da saúde.

O crescimento econômico verificado no pós-guerra, foi proporcionado por elevados ganhos de produtividade, graças ao avanço tecnológico da indústria, associado a um ambiente favorável à implantação de políticas sociais, dado pela vitória do Partido Trabalhista inglês nas eleições em 1945. Isso tudo contribuiu para que se desenvolvesse uma opção política pelo modelo econômico keynesiano, implantado na Inglaterra e que se generalizou pela Europa. A ideia do “Estado de Bem Estar Social” criou uma onda de novos investimentos por parte dos governos, o que possibilitou em diversos países, especialmente os mais desenvolvidos, financiarem a implantação de políticas públicas amplas, em especial na saúde, inclusive como uma alternativa para enfrentar a forte demanda dos vários agrupamentos sociais por benefícios diante de intenso processo de produção de riqueza.

Neste contexto, foram criados na área da saúde, em particular na Inglaterra, sistemas estatais, universalizantes. Os governos em vários países assumiram a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, dando-lhes caráter público. Esse movimento, combinava par e passo com outro, o do ascendente custo operacional destes mesmos serviços, dado o processo acrítico e contínuo de incorporação de novas tecnologias

duras ao setor e a incapacidade de se desenvolver um sistema produtivo alternativo ao que se gestou no âmbito do modelo médico-hegemônico.

Na década de 70 conhece-se uma forte crise estrutural do capitalismo, que desencadeia uma recessão generalizada, a primeira desde o período que antecedeu a II Guerra Mundial e golpeia de uma só vez, todos os grandes países desenvolvidos. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE demonstram que entre 1973 e 1975, a produção industrial nos países desenvolvidos caiu em média 10 a 15% (Mandel; 1990:15). Caracteriza-se assim uma nova etapa da economia mundial, com uma ruptura do ciclo desenvolvimentista conhecido no período pós-guerra, impulsionado pelo movimento ascendente do desenvolvimento capitalista, a partir de novas bases tecnológicas que possibilitaram ganhos em produtividade e uma maior taxa de acumulação do capital.

A resultante imediata da crise dos anos 70 é a redução da arrecadação fiscal dos estados, e conseqüentemente a prevalente dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento. Este quadro, contribui para que os gastos com as políticas sociais, implantadas no período anterior, entre elas, a de saúde, passassem a ser foco de tensão social e da atenção dos governos, com propostas de enfrentamento do que consideravam uma crise fiscal do estado. Estes começaram a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos seus próprios gastos. Esta avaliação resultou na identificação de que “os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (Almeida; 1997:185).

A resposta imediata por parte daqueles governos, para o que consideravam um problema fundamental, foi o de incluir a saúde nas políticas de austeridade econômica, cortando os gastos e racionalizando os custos, buscando uma minimização do estado. No entanto, essa resposta, sem que se tenha invertido os processos e tecnologias de trabalho, vai se mostrando prejudicial principalmente para os usuários do sistema, que passam a sentir as perdas sofridas pelo setor. Uma resposta eficaz deixa de ser ofertada, na medida em que não se mexe na mecânica da acumulação capitalista do setor, construída sob a

maquinaria da medicina tecnológica, deixando intacto os fatores que determinavam o contínuo processo de majoração dos custos da saúde.

A esse processo considerado de crise vai se constituir diferentes tipos de propostas de solução: de um lado, há a lógica de minimizar as políticas públicas para uma perspectiva de ação mais focal, procurando constituir uma política social de cunho mais compensatória; de outro, há a perspectiva de desonerar o estado por serviços para setores que possam arcar com os custos de suas necessidades de proteção social, apontando para a construção de projetos de terceirização e privatização de serviços públicos, outrora estatais; ou mesmo, abertura para expansão do capital na área de serviços de saúde sob outra modalidade de presença produtiva, como é o caso da construção do modelo do Managed Care americano, com intensa entrada do capital financeiro no campo produtivo da saúde, via mercado de seguros de saúde, como veremos.

No nível de algumas organizações governamentais, a busca por alternativas na modelagem dos serviços de saúde, orientadas pela minimização do campo das políticas sociais e sua focalização, vai se dando no campo da vigilância à saúde, como conhecimento e prática sobre a qual se estruturaram algumas propostas de reorganização da atenção à saúde. A maior evidência no Brasil são as propostas centradas na ideia de territorialização, tais como os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), nos anos de 1980, e no Programa Saúde da Família (PSF), na década seguinte, que combina ao instrumental de uma epidemiologia clássica, uma vaga ideia de mudança dos processos de trabalho em saúde. Como esses modelos não mudaram o sentido efetivo, sob o qual vinha sendo praticada a clínica da medicina tecnológica, enquanto elemento constitutivo do processo de produção do cuidado, deixando que a mesma continuasse sendo subsumida pelo modelo médico hegemônico, pouca eficácia tiveram, na direção de re-significar o processo produtivo em saúde, os processos sugeridos até então (Franco & Merhy, 2002, 2003). O modelo tecnoassistencial hegemônico continua inalterado, sofrendo no máximo certos arranjos produtivos que não provocam uma transição tecnológica, mas antes de tudo uma reestruturação produtiva do setor da saúde, no âmbito das políticas públicas, sem ferir o processo médico centrado.

Há que se considerar, que qualquer questão que esteja relacionada à perspectiva de mudança efetiva dos processos produtivos, impactando o modo de incorporar tecnologias

de cuidado, deve tomar como seu objeto a intervenção real no processo de trabalho, a partir da micropolítica, lugar da prática central que constitui a produção do modelo technoassistencial, seja no setor público ou privado. É necessário intervir nesse lugar, ou seja, no agir cotidiano onde cada um opera sua parcela de trabalho em uma dada linha de produção do cuidado. Sabedoria que o capital financeiro teve ao entrar para disputar o mercado com o modelo médico-hegemônico, pois os operadores privados dos serviços de saúde vinculados a lógica do seguro saúde, buscam de fato uma intervenção nesse nível, com o objetivo de operar mudanças, armando-se de um conjunto de estratégias para alterar de fato o microprocesso de incorporar tecnologia no cuidado, implantando intervenções no mundo micro da clínica através de várias estratégias administrativas sobre o processo de trabalho, do médico em particular. Isto é, no caso da saúde suplementar a situação de crise de financiamento é sentida, mas com outros significados, próprios do seu modo privado de produzir saúde, e induzindo a respostas diferentes para a mesma situação, aparentemente. O que é crise de financiamento para um é oportunidade de expansão para outro.

O setor sente a pressão dos altos custos de financiamento dos serviços de saúde e busca intervir sobre o problema a partir de uma lógica administrativa. Célia Iriart, Howard Waitzkin e Emerson Merhy (1999) dizem que “é um sistema que utiliza incentivos financeiros e controle da gestão, para dirigir os usuários aos provedores responsáveis por proporcionar a atenção. É importante destacar a permanência de um elemento central: a imposição da racionalidade econômica através do controle administrativo da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da competição do mercado. Implica numa profunda transformação da prática clínica, já que se produz uma radical subordinação dos profissionais de saúde às decisões administrativo-financeiras” (Iriart, 1999:36).

Operadoras da saúde suplementar, buscam implantar um sistema de produção que tem como diretriz a Atenção Gerenciada (ou Managed Care). Ela promove uma reorganização do processo de trabalho a partir do controle dos atos clínicos do médico. Controle esse exercido sob a lógica administrativa, operando a relação custo/efetividade. Não há, nessa proposta uma preocupação com a produção do cuidado em função do mundo das necessidades do usuário, o que poderia significar uma mudança mais radical na lógica da assistência à saúde. Nessa perspectiva, prevalece uma certa lógica do capital, agora

financeiro, estruturando serviços, de acordo com uma nova dinâmica do mercado na saúde, subsumindo o processo de trabalho, para um outro fonte de acumulação, distinto do modelo da medicina tecnológica.

De qualquer forma, a Atenção Gerenciada organiza-se a partir da premissa de que os micro-atos médicos devem ser auditados, administrativamente, para se enquadrarem em protocolos rigorosamente delimitadores do trabalho clínico. “Toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema. Mas, este não é o campo restrito de intervenção dessas propostas, pois a mesma também se filia a um outro conjunto de estratégias que visam a reorganização dos modelos de atenção a partir da ação dos prestadores privados, centrados nas políticas das instituições seguradoras e financeiras” (Merhy, 1999:25).

As empresas adotam esse dispositivo como estratégia de gestão dos seus planos de saúde, concentram nos administradores, que figuram como auditores dos atos médicos, o poder de decisão sobre o consumo de procedimentos. Notadamente, um critério administrativo para a clínica, superpondo-se a um outro tipo possível de cuidado ao usuário.

A estas ações, outras estratégias têm sido adotadas pelas operadoras da saúde suplementar, tais como a priorização em oferta de planos de saúde corporativos, que têm a vantagem de assistir a uma clientela jovem, em idade produtiva e inserida no sistema produtivo, ou seja, com capacidade de pagamento e um perfil de baixo consumo de serviços de saúde. O co-pagamento como dispositivo redutor do consumo tem sido intensamente usado e estimulado pelas operadoras; novas estratégias de cuidado extra serviços de saúde, como a Internação Domiciliar ou Home Care; grupos fechados de atenção à saúde, como populações específicas de risco, através de ações programáticas e visando grupos de alto nível de utilização dos serviços, com objetivos de redução de custos, captação de clientela e até mesmo melhora da produção do cuidado, para algumas populações de “beneficiários”, fundamentais para o sistema. Mas essas iniciativas ainda são marginais, verificadas para alguns segmentos do setor privado suplementar e convivem com o modelo predominante,

que permanece como sendo o de alto consumo de insumos, sob o ideário do modelo médico hegemônico, ainda praticado também por esse segmento do mercado.

Apesar disso, a análise que fazemos baseada na discussão da Transição Tecnológica a partir de uma nova perspectiva do processo produtivo na saúde, nos mostra que essa situação já aponta para uma tensão estrutural entre nos vários capitais do mercado da saúde. Há uma tensão no modo de produzir saúde pelo caminho do Complexo Médico Industrial ou pelo da Atenção Gerenciada. Os capitais estão brigando entre si pelos processos produtivos e, mesmo que ainda pouco expressivo, os sinais dados por essa presença da intervenção micro administrativa na construção do cuidado em saúde aponta, do nosso ponto de vista, para uma reestruturação produtiva com capacidade de gerar nova lógica acumulativa no mercado: o da financeirização.

Vejamos essa discussão adiante.

O modelo tecnológico de produção da saúde e a micropolítica do processo de trabalho.

Importa registrar o fato de que, por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena da produção da saúde, isto é, no lugar de encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, que são os destinatários finais de todo esforço produtivo. O perfil de cuidado que se produz é definido no nível da micropolítica do processo de trabalho, isto é, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações que estabelece com os outros trabalhadores, com os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza. Enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha de produção do cuidado e no modo de organizar e dispor as configurações tecnológicas produtoras de atos de saúde. Assim, queremos afirmar que quem concretiza o modelo tecnoassistencial, com grande poder de definição, não é a norma externa que virtualmente se institui e constrange, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo e do seu exercício de decisão em ato, no acontecer a produção do cuidado.

Isso é uma característica constitutiva do modo de produção da saúde, não necessariamente idêntica ao dos outros processos produtivos, como de um automóvel em uma fábrica, que tem um componente de imposição sobre o exercício de decisão do trabalhador bem distinto. Na produção do cuidado, que é sempre em ato, o trabalho vivo do trabalhador opera com muita liberdade perante o trabalho morto que lhe constrange; por isso, na saúde conta o fato dos trabalhadores exercerem um razoável auto-governo sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação indicar que a transformação do perfil produtivo, depende de mudanças no agir do trabalhador de saúde.

Há, nesse campo de práticas, que se considerar o aspecto do trabalhador ser detentor de uma determinada proposta de organização da produção do cuidado, bem como portador de uma certa subjetividade, que opera no ato da sua intervenção sobre o outro, produzindo o cuidado. Conta o modo como vê os seus companheiros de equipe, como valora a vida do outro, como se dispõe a atuar, e assim por diante; na saúde conta o modo como o trabalhador assume determinadas atitudes ético-políticas junto aos seus pares, seus dirigentes e os usuários. E, essas atitudes estão sempre entre o pólo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidador mais acolhedor, que estabelece vínculos e responsabilidade em relação ao usuário e seu problema de saúde. Qualquer um de nós, como usuário sabemos o que isso significa, pois quando necessitamos de um cuidado temos plena noção de como conta quem está ofertando o serviço.

Há, então, sempre que se considerar uma intencionalidade indicando o *modus operandi* que é singular, de cada um. E o modo de agir, que a princípio é social e tecnologicamente determinado, tem como um importante dispositivo os processos de subjetivações que afetam os sujeitos e imprimem sobre os mesmos, determinados valores e condutas perante o outro, com o qual ele se relaciona e ao qual destina o produto do seu trabalho. Portanto, lidar com trabalho e tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, implica em ter que considerar nas análises os modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito moral e político. A micropolítica tem esse forte componente, ou seja, é o território de entendimento do que significam os processos de subjetivações e os encontros dos sujeitos, agindo um sobre o outro. E, sem compreender isso e levar isso em consideração não há como compreender a constitutividade dos modelos produtivos, em saúde.

Traduzamos isso sobre a noção de organização tecnológica do trabalho em saúde, de um modo mais preciso.

Não há como se aproximar dos componentes de um processo de trabalho sem a sua configuração enquanto uma micropolítica e território de agir tecnológico. Tradicionalmente, no senso comum, inclusive de algumas áreas de conhecimento, as tecnologias são associadas com as máquinas e instrumentais duros da intervenção sobre os problemas de saúde. A partir de Mendes Gonçalves (1994) esse debate assume uma perspectiva diferenciada, pois esse autor as define a partir de uma concepção de saberes tecnológicos que se desdobram em componentes materiais e não-materiais, como se pudéssemos olhar um saber e ver seu desdobramento para dentro do processo de trabalho como “tecnologias materiais” (máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico).

Com esse autor, para nós, realiza-se uma primeira ruptura com a ideia de um modelo produtivo “duro”, pois o conhecimento, ao ser considerado como tecnológico, traz para o processo produtivo a dimensão do trabalhador enquanto sujeito cognoscente, dotado de capacidade própria a partir do conhecimento e com o qual se constitui a atividade produtiva. Merhy (1997) informa que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, que em ato conformam uma certa dimensão do agir tecnológico no modo de agir, no manejo para a produção do cuidado. No movimento em ato desse manejo que é trabalho vivo em ato. A ideia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho, traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador. E, desse modo, propõe uma tipologia para designar as tecnologias dos processos de trabalho, quais sejam: aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”; as que se materializam em conhecimento técnico estruturado, “tecnologias leve-duras”; e as relacionais e produzidas, e existentes, em ato, “tecnologias leves”.

No processo de produção do cuidado as três tecnologias (duras, leve-duras e leves) fazem-se presentes, e conforme o modelo tecnoassistencial há diferentes modos de seus arranjos de domínios se configurarem. Por exemplo, no modelo médico-hegemônico ocorre

uma dominância e predomínio das tecnologias duras, sobre as outras, inclusive comandando ou mesmo esvaziando a presença das outras nos seus atos produtivos. Já, nos modelos centrados no mundo das necessidades de qualificação da vida, individual e coletiva, dos usuários, há que deslocar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais.

Ao capital não é estranha essa noção, pois os seus vários agentes atuam levando isso em consideração, valorando intensamente o que há de micropolítico no processo de produção do cuidado em saúde, sem utilizar explicitamente dessa conceituação que apresentamos. Veja, que o perfil tecnológico de produção da saúde, para esses agentes, não está desvinculado da micropolítica, e isso fica evidente quando vemos que os agentes econômicos que detêm influência sobre o modelo produtivo da saúde, têm uma forma de atuar no setor muito reveladora. Quando querem disponibilizar no mercado os seus produtos e inculcar o seu uso na prática dos profissionais, realizam estratégias de marketing que atingem, nos micro-processos decisórios, o trabalhador que cuida. O modo como um propagandista de medicamentos age é exemplar nessa direção pois, para colocar novos produtos no mercado da saúde, prioriza uma ação direta sobre os médicos prescritores, por entenderem que é seu “trabalho vivo em ato”, que vai assegurar maior ou menor consumo de insumos, considerando que é a partir daí que se dá a tomada de decisão neste sentido, das incorporações.

No modelo médico-hegemônico, da medicina tecnológica, verifica-se que o controle dos processos de consumo, que inclusive fabricam os usuários para si, está na micro-decisão clínica do médico, no exercício do seu trabalho vivo em ato, e é sobre ele que procuram atuar. E, aqui vale a visão do paradoxo: o mesmo lugar que posso dominar e impor um modo de agir, é o lugar que permite a sua negação, ou seja, é no território da micropolítica do trabalho vivo em ato que há a chave para o condicionamento de um modo de produzir o cuidado ou para desconstruí-lo. As diferentes formas de organização do capital, no mercado, sabem disso, mesmo que expliquem seu agir por outros conceitos.

A análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas daquelas utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como no caso da saúde, há significância de produtos que são “simbólicos”, que

constituem certa materialidade pelo valor de uso que têm para o usuário, individual e / ou coletivo (Merhy, 2002). É a partir dessas questões que diretrizes produtivas para a construção do cuidado em saúde, como produzir: acolhimento, vínculo com responsabilização e a autonomização do usuário, devem ser vistas como produto / resultado das tecnologias de saúde e indicadores de eficácia e efetividade do cuidado que é produzido.

Por essas constatações, qualquer mudança que queira se realizar no setor passa necessariamente pela possibilidade de compreender os processos que permitem produzir inversões tecnológicas do trabalho em saúde e nas relações que estabelecem entre si as tecnologias duras, leve-duras e leves, levando ou não a processos de transição ou reestruturação produtiva na saúde.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde.

Os estudos realizados até então sobre o modo de produção da saúde, observando especialmente o processo e as tecnologias de trabalho, tiveram um importante desenvolvimento a partir de Donnangelo (1976); Gonçalves (1994); Merhy (1994, 1997, 1998, 2002); Campos (1992); Cecilio (1994; 2001); Franco (1999, 2003) e Pires (1998); e que, em comum, demonstram uma forte tensão no sentido da incorporação de novas tecnologias duras aos processos produtivos. Essa tensão se dá em primeiro lugar, pela disponibilização e oferta de equipamentos no mercado, em segundo lugar, porque é um processo inexorável da acumulação capitalista à necessidade de renovação do capital fixo nas plantas produtivas e na saúde esse modelo tende a se repetir através do alto consumo da maquinaria no processo de produção e finalmente, em terceiro lugar, devido à construção social imaginária que associa qualidade da assistência e produção de vida com densidade tecnológica dura, sub-liminarmente operando a partir dos diferentes agentes que atuam no campo da saúde: gestores, empresários, operadoras, prestadores, trabalhadores e até mesmo dos que são assistidos pelos serviços assistenciais, os usuários.

Essa é uma das apostas do capital sobre os serviços de saúde, na busca da distribuição dos seus produtos em larga escala. Mas essa aposta não é a única determinação

do modelo tecnoassistencial, que caracterizamos como “médico-hegemônico, produtor de procedimentos profissional centrado”. A indústria produtora desses insumos encontrou, nas teses flexnerianas o apoio teórico para propor modelos centrados no consumo de seus produtos e na formação dos profissionais de saúde, dentro de um padrão de tecnologias leve-duras que subsumiu a clínica à matriz de pensamento liberal de organização das relações sociais e produtivas. Esses fatores, concorreram para a formação de um modelo produtivo, no qual os processos de trabalho aparecem tecnologicamente centrados no Trabalho Morto, expressão nuclear das tecnologias duras e leve-duras.

Denominamos de “reestruturação produtiva” na saúde às novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas a priori, mas verificadas a partir do momento que estruturam novos modos de produção e organização dos processos de trabalho. Em geral, buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos. Como são processos, podem ser analisados como sistemas completos, em que os ciclos de mudança já tenham se completado; como em andamento ou operar de acordo com diversas combinações entre si.

Vale dizer que a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho, em um dado sistema de produção, ou não, pode atuar apenas como uma forma nova de se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico. Esse tema, pode ser verificado na pesquisa realizada por Pires (1998), que estuda e descreve os processos de incorporação de novas tecnologias à produção do cuidado, no interior do hospital, como processo de reestruturação produtiva. De fato, também, dizemos que o que ocorre, a partir de seus estudos, é uma das formas de reestruturação produtiva por mudar o modo de trabalhar das pessoas a partir das novas tecnologias duras incorporadas no processo de trabalho. No entanto, o perfil do seu núcleo tecnológico onde são criados os produtos, permanece como antes, Trabalho Morto centrado, com grande captura do Trabalho Vivo, dentro do mesmo padrão de produção, no qual as tecnologias duras e leve-duras comandam o modo de ser das leves e se focam na produção de procedimentos, profissionais centrados.

Outro exemplo, pode ser dado em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente a principal proposta de organização da atenção básica nas redes públicas de saúde, induzida e ofertada pelo Ministério da Saúde, para a construção das redes locais e regionais de saúde, no SUS. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração nos processos de trabalho, sem contudo haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais. Mesmo as modalidades de PSF que atuam com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois operam mais centralmente no território, focadas nos núcleos familiares e domicílio, o processo de trabalho, na essência, pode não ter sido alterado (Franco & Merhy, 2003).

Queremos dizer, com isso, que nem todo processo de reestruturação produtiva conduz necessariamente a uma transição tecnológica, pois para fazê-lo deveria operar através de uma forma completamente inovadora os arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, mudando inclusive os tipos de produtos realizados.

Nesse sentido, outra é a mirada para a tentativa de diversificação das tecnologias de cuidado verificadas nos últimos anos, nos processos produtivos realizados por algumas empresas do campo dos planos de saúde, com os quais assistimos algumas operadoras da saúde suplementar trazendo para a composição de seus projetos terapêuticos, tecnologias de cuidado até então pouco usuais, como as ações de promoção e prevenção à saúde, redefinindo o lugar das tecnologias leves nas suas relações com as leve-duras e duras, na produção do cuidado; impactando os modos de incorporação tecnológica e a produção dos procedimentos, que pode ou não construir um novo patamar produtivo na saúde. Nas experiências atuais dessas operadoras há situações paradoxais, pois:

- de um lado, provocam uma nova relação com o campo das necessidades de saúde (Cecílio, 2001) dos usuários, na qual a preocupação com o autocuidado coloca-se na possibilidade de se obter melhores resultados em relação à saúde, abrindo a perspectiva de autonomizar o usuário e, com isso, reduzir os riscos de agravos; podendo gerar nesse movimento uma ruptura com o modelo médico-hegemônico, levando a uma transição tecnológica, ainda em curso,

- por outro lado, essa não ruptura completada ou predominante, não leva efetivamente a um processo de produzir saúde marcado por uma real inversão das tecnologias de cuidado, que tenha alterado substancialmente o núcleo tecnológico do processo de trabalho, opera novas linhas de produção do cuidado. Os processos que verificamos, aqui, de modo predominante, ainda indicam momentos de reestruturação produtiva, no modelo hegemônico.

A reestruturação produtiva na saúde é sempre um processo disputado, assim como no âmbito da produção econômica como um todo (Marx, 1985, p. 423), pois se revela como algo que busca mudanças no cenário de produção da saúde, operando no plano da micropolítica. As opções tecnológicas, a organização do trabalho, a tensão sobre os hábitos e comportamentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, revelam que o mundo no qual deve-se operar mudanças no modo de produzir o cuidado é absolutamente complexo. Importa discutir que alterações nos processos e tecnologias de trabalho ocorrem a partir do protagonismo dos sujeitos produtores, que fazem suas opções de acordo com intencionalidades e projetos, que se inscrevem subjetivamente no seu modo de agir; e o fazem conforme interesses de diversas ordens, sejam corporativos e privados, coletivos e públicos, e até mesmo operando sob diversas diretrizes (Sader, 1988, p.37). Ao final, na organização dos processos produtivos, deverá prevalecer uma dada pactuação entre os diversos atores em cena, configurando um certo perfil de cuidado, que se hegemoniza.

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica (Merhy, 1997, 2002), ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, que é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, que são constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem em conjunto, a produção da saúde.

Por esses motivos, a análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas daqueles utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como na saúde, os produtos são “simbólicos”, expressando como

materialidade seu forte valor de uso para o usuário (Merhy, 2002); e nesse fronte produtivo a relação entre valor de troca e de uso é muito singular, por essas razões. Certos processos de reestruturação produtiva, por exemplo, procuram dar uma significância objetual para o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde e essa produção simbólica que age no interior dos processos de trabalho, fazendo o cuidado aos usuários ser traduzido pela materialidade do procedimento produzido. Por isso, não há como perder de vista, que na produção do cuidado, queira-se ou não, sempre está presente a produção de produtos, como: acolhimento e vínculo, nem que seja para desacolher e desvincular, objetivando o relacional através de “coisas”. Quando processos de transformação produtiva não operam novas configurações para as tecnologias leves, trabalho vivo centradas, levando a uma ruptura com essa “materialidade objetual”, restringem-se às mudanças a certas aparências simbólicas, nas quais o valor de uso não está na vida produzida, mas no procedimento realizado, e mesmo em mudanças em processos produtivos organizacionais, não configurando-se, então, um processo de transição tecnológica.

“Transição tecnológica” significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais e seus produtos, a partir do “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997), ou seja, além das tecnologias leves pelo protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado. Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”, pois tem sua ação voltada ao campo das necessidades de saúde, dos usuários, que se torna o seu objeto de intervenção estruturante. E, como tal, é sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. É um processo social sempre tenso e de intensa disputa entre os vários grupos interessados nessa produção, que apontam para caminhos, simbólicos e materiais, diferenciados para o que deve ser o cuidado em saúde; e, assim, a transição tecnológica deve configurar um novo sentido para as práticas tecnoassistenciais, que tem novas conseqüências e impactos na construção dos resultados a serem obtidos junto aos usuários (Merhy, 2002; Franco, 2003).

Há uma questão importante a ser considerada e que diz respeito ao fato de que a transição tecnológica pode ser o resultado de um acúmulo de processos anteriores. A rede

de petição e compromisso que conforma os serviços de saúde estrutura uma arena decisória, na qual os diversos interesses se entrecruzam e, da tensão/conflito entre os diversos atores, surgem os pactos que irão configurar determinado modo de produzir saúde. Resulta, pois, de uma realidade de construção multideterminada, em que aparecem as tecnologias como um dos seus principais componentes. A transição tecnológica pressupõe, assim, impactar a efetividade da assistência à saúde mexendo no manejo cotidiano que cada encontro trabalhador usuário exige. Como um processo de mudança da produção, do micro ao macro, onde há alteração no núcleo tecnológico do processo de trabalho para a formação dos produtos da saúde, isto é, re-significando o arsenal das tecnologias de cuidado utilizadas no processo de trabalho, ou seja, a caixa de ferramentas de cada trabalhador, inclusive a oferta social da mesma para a “fabricação” de novos operadores de tecnologias de cuidado.

Os processos produtivos da saúde, como temos visto, são complexos, com alta implicação entre aqueles que estão inseridos nos mesmos. No núcleo tecnológico do processo de trabalho, convivem mutuamente “processos estruturados” comandados pelo Trabalho Morto e “processos em estruturação” comandados pelo Trabalho Vivo em Ato. É nessa relação, mediada pelas tecnologias de cuidado e a intencionalidade dos sujeitos, que são delas protagonistas, que a produção vai se organizando, operando redes relacionais entre estes mesmos sujeitos, que são os protagonistas desse processo, que governam os atos assistenciais. Da tensão existente no núcleo tecnológico de produção do cuidado, entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo em Ato, será definida a hegemonia nos processos produtivos, entre as tecnologias estruturadas pela maquinaria, atuando sob as lógicas dos distintos tipos de mercado em saúde, e os processos de subjetivações que isso significa.

Por isso, vemos hoje um processo significativo na disputa dos tipos distintos de mercado que tem se instalado, no Brasil, na saúde. De um lado, o mercado que conta com a intensa produção de procedimentos centrado no profissional médico; de outro, o mercado que aposta na produção de um cuidado gerido, que só incorpora tecnologias duras, de custo crescente, sob a batuta de uma outra lógica (econômico-administrativa), que se realiza pela produção de produtos relacionais, como: mais controle sobre a gestão do cuidado, mais práticas de vinculação e referência entre profissional de saúde e usuário do serviço, práticas

mais persistentes e permanentes, que visam diminuir riscos de utilização de tecnologias de alto custo, entre outros.

Nessa direção, vemos a disputa cravada entre formas distintas de capital interessadas no mercado da saúde, disputando, às vezes ferozmente, o sentido dos processos produtivos do cuidado. Vejam o sinal que indica isso na luta social, política, econômica e cultural, que grupos médicos travam com as empresas de seguros de saúde, com as operadoras de um modo geral. Luta intensa, a ponto de exigir interferências estatais regulatórias, como a que vem sendo praticada pela constituição, desde 2000, da Agência Nacional de Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, cuja prática vem tentando estabelecer certas regras para o mercado privado suplementar de saúde, sem tomar claramente uma direcionalidade de qual processo produtivo deva ser consagrado; mas ao agir assim não inibe o modo efetivo como os diferentes tipos de capital vêm construindo seus próprios modos de solução. E, nossa sensação, é de que a aparente convivência, ainda equilibrada entre o modelo médico-hegemônico e o da atenção gerenciada, não persistirá por muito, tendencialmente mostrando que a transição tecnológica desta última se imporá sobre a reestruturação produtiva da primeira, dando novo formato predominante, do ponto de vista do capital, para o mercado na saúde, com o intenso processo de financeirização.

A iniciativa da AG parte da premissa de que, o controle administrativo do processo produtivo é capaz de estancar o crescente consumo de procedimentos e com isso, reduzir os custos operacionais do sistema. Para exercer esse controle, os operadores da saúde suplementar identificaram que é necessário controlar o “trabalho vivo” dos prescritores, seu processo decisório que tem sido solitário e privado, tornando-o público e partilhado, momento em que surge a figura do “auditor”, em geral um administrador com poder de autorizar ou não os procedimentos, em cima de protocolos onde os parâmetros estão previamente fixados. Tal atitude, por estar centrada na lógica administrativa e burocrática, secundarizando do processo de produção da saúde, sua dimensão cuidadora, tem uma grande chance de recair sobre o clássico erro de avaliar que processos sumários de cuidado podem reduzir consumo e custos, pois, aqueles usuários que se considerarem mal cuidados ou desprotegidos, tendem a buscar novamente os serviços, duplicando assim o trabalho para o mesmo problema de saúde. Reduzir custos operacionais da saúde está na razão direta do maior cuidado de um outro tipo, o que deve significar, que se o modo de produzir que a AG

aponta não se caracterizar como um efetiva transição tecnológica, não logrará dominar a lógica do mercado, como ambiciona. Parece-nos, que no Brasil isso ainda é uma disputa em aberto.

Levando tudo isso em consideração, vemos como muito potente para a análise dos processos de mudança, que o mercado em saúde vem passando, as perspectivas que tomam a AG como um analisador importante para expor a discussão da Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica, que vem sendo operada no mercado da saúde, tanto pela sua intimidade com a aposta do capital financeiro no campo da produção do cuidado em saúde, quanto pelo que constrói de estratégias para enfrentar o modelo médico-hegemônico, utilizando-se dos mecanismos da micro-regulação dos atos médicos na produção da saúde, sob a ótica de interesse daquele capital financeiro, que não se alimenta acumulativamente pela dinâmica produtiva dos processos produtores de procedimentos, duros, centrados nos médicos, e seus correlatos. Esse analisador permite revelar para a reflexão, também, que essa resolução irá marcar intensamente a própria organização do setor público prestador de serviços de saúde, apesar de que nesse terreno não ser desprezível o movimento próprio dos vários grupos sociais interessados e muito definidores do que ocorre na construção deste setor produtivo, através do Sistema Único de Saúde e da Reforma de Estado que provoca, pois aqui há disputas muito mais alargadas do ponto de vista do confronto com os modelos médico-hegemônico e da atenção gerenciada. Mas, esse é tema para um outro capítulo, pois nesse caso vemos que, no Brasil, “o percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos de saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato, em saúde, com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico – tanto em relação à medicina tecnológica, quanto à da Atenção Gerenciada, que o capital financeiro vem introduzindo no setor saúde” (Merhy, 2002, p.31).

Referências Bibliográficas.

Almeida C. A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

ALMEIDA C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe. Cad. Saúde Pública v.18 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2002.

Campos, G. W. s. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

Cecílio, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde in Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.); Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

DONNANGELO, M. C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number 4, New York City, 1910.

FRANCO, T. B. Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. Campinas, 1999. (Tese - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T.B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

Gonçalves, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

Iriart, A. C. Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. Campinas, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

Mandel E. O capitalismo tardio. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MATUS, C. Política, Planificação e Governo. Brasília: IPEA. 1996.

MARX, C. O Capital. São Paulo: Difel. 1985. Volume I.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998a.

Merhy, E. E. A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as

Merhy, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? Saúde em debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Ano XXVI, v.26, n.60, jan./abr. Rio de Janeiro, 2002.

Nogueira, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.

Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998.

SADER, E. Quando novos personagens entraram em cena. São Paulo: Paz e Terra. 1988.

SCRAIBER, L.B. O médico e seu trabalho. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

Silva Jr. A. G. Modelos tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves

Emerson Elias Merhy

Túlio Batista Franco

Introdução: A formação do Modelo Tecnoassistencial para a Saúde.

Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (Merhy, 2003). No âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma estrutural hierarquizada, organizando uma intervenção sobre o território. Neste cenário, o debate se organizava muito em torno da oferta e demanda por serviços, com um processo de trabalho que operava centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia, e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica (Mendes, 1994; Franco e Merhy, 1999).

Temos buscado compreender os modelos assistenciais, como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área (Merhy, 1991; Campos, 1992). Esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entendemos que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate em torno da organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, visto a complexidade dos problemas de saúde, só torna possível

resolvê-los, contando também com multiplicidade de saberes e fazeres. Para melhor compreender a dimensão do problema que temos, recuperamos as contribuições de Cecílio (1999) em torno da questão das necessidades, onde os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Identificamos o campo da saúde coletiva como o lugar privilegiado de fazer esta discussão, visto que congrega em torno de si os saberes da área, como a clínica, epidemiologia, planejamento, a psicanálise, filosofia, estando ainda aberta a incluir outros como o saber da análise institucional, que recentemente vem sendo incorporado ao campo de debate em torno da saúde (L’Abbate, 2003).

A Micropolítica de organização do trabalho na constituição do Modelo Assistencial.

Olhando sobre a conformação dos modelos assistenciais, com foco na micropolítica de organização dos processos de trabalho, temos como primeira referência as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que trouxe para o este campo de análise, os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

Nossas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de

procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras¹ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (Merhy, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (Merhy, 1997).

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras.

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, temos constatado que ao realizar o cuidado, ele opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV) (Franco, 2003). No caso, Trabalho Morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (Marx, 2001; Merhy, 2003). Este encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV.

¹ “interseçoras está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002:50-51).

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do Trabalho Vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. Como exemplo, utilizamos o trabalho de um profissional da saúde, para atender à necessidade do usuário, no cuidado à hipertensão arterial. Aqui podemos dizer que pode ter duas alternativas de projeto terapêutico: 1a.) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2a.) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.

No segundo caso, há um processo de trabalho cujo núcleo de tecnologias está centrado no Trabalho Vivo, formas de abordagens mais relacionais, operando dentro da ideia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia. Esta forma de agir para a produção do cuidado, é capaz de intervir sobre os quatro campos de necessidades relacionados acima. Observamos que o instrumental e Trabalho Vivo estão juntos no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, TV exerce hegemonia sobre o TM.

Importa registrar, que a CTT não é mensurável, é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho (Franco, 2003). Se a razão existente aí estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na

produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização.

O modelo assistencial que advogamos portanto, deve ofertar todos recursos tecnológicos aos cuidado dos usuários e mesmo que este, necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranqüilo em uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da atenção², isto é, o seu “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a freqüente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica: pensando a mudança na saúde, a partir da micropolítica do processo de trabalho.

O debate em torno da reestruturação produtiva da saúde vem se colocando em torno da discussão dos modelos technoassistenciais. Entendemos que Reestruturação Produtiva é caracterizada por um modo produzir saúde, diferente de um certo modelo adotado em momento anterior, em uma dada unidade produtiva de saúde, que impacta processos de trabalho, sem no entanto operar uma mudança na Composição Técnica do Trabalho (CTT).

Identificamos que há vários processos de Reestruturação Produtiva da saúde, em curso no Brasil. Para ficarmos em três exemplos, de lugares diferentes, mencionamos o trabalho de Pires (1998) que relata o processo de incorporação de novas tecnologias na produção da assistência em dois hospitais, um público e outro privado. No caso analisado, é notório o impacto que causa a incorporação tecnológica no hospital, mudando o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o núcleo tecnológico do cuidado permanece inalterado,

² Sobre Integralidade e Linhas do Cuidado ver Cecílio e Merhy (2003); Franco e Magalhães Jr. (2003).

isto é, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que revela a captura do Trabalho Vivo pelo instrumental, a não valoração da tecnologia leve no processo produtivo.

Outro processo de Reestruturação Produtiva pode ser verificado no Programas Saúde da Família, que em muitos casos, mudam a forma de produzir, sem no entanto alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma ideia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (Franco e Merhy, 2003).

A saúde suplementar tem reestruturado sua produção, com objeto de impactar os custos da assistência à saúde. Isto vem sendo feito, introduzindo no campo da micro-regulação do trabalho, diretrizes do “managed care”, que pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de um administrador, ao qual, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida. No entanto, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras, apesar de haver impacto importante no processo de trabalho do médico, especialmente pela captura do seu micro processo decisório. (Iriart, 1999; Merhy, 2002).

Em todos estes casos, observamos que há mudanças em curso, a partir da alteração verificada no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, a Composição Técnica do Trabalho, isto é, a razão entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto, no núcleo do cuidado, permanece sob hegemonia do segundo, nos revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde. O trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, é subsumido por uma lógica instrumental, tecnologias duras centrada, realizado a partir do ato prescritivo. A mudança verificada nestes casos, não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, médico hegemônico produtor de procedimentos.

A reestruturação produtiva pode vir a produzir mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo, e neste caso então, passamos a trabalhar com outro conceito, que ajuda a pensar a mudança neste nível, no modo de produzir saúde, que é o de Transição Tecnológica. Esta é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho.

É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas. À primeira vista, pode-se imaginar que há uma tênue linha divisória entre os dois conceitos (Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica), mas ao debruçarmos sobre os efeitos que têm no cuidado ao usuário, um processo produtivo guiado por uma lógica instrumental e outro, por Trabalho Vivo em ato, que pressupõe uma lógica relacional, tecnologias leves dependente, observamos que são dois mundos muito distintos.

O Trabalho Vivo como potência instituinte para a Mudança do Modelo Assistencial.

O debate em torno da organização da assistência à saúde, ocupou-se até o momento, principalmente da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital na história da formação do modelo assistencial, e de outro lado, a atenção básica surgiu como um projeto contra hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível. Entre estes dois pólos, a atenção secundária não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado, centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem no entanto avançar para imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos. A integralidade pressupõe e portanto exige um esforço em entender este outro conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo estes serviços têm sido um “nó crítico” para gestores e usuários, onde esses

têm o seu “caminhar na rede” dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais.

O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de “linhas do cuidado”, que significam a constituição de fluxos seguros a todos serviços que venham atender às necessidades dos usuários (Cecílio e Merhy, 2003; Franco e Magalhães Jr., 2003). Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde, já mencionados neste texto. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A “linha do cuidado” disponibilizada aos usuários, se movimenta acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde. Este agir na saúde, traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugerimos que tenham a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centrado. Isto significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial, que a captura do Trabalho Morto exerce, em todos os níveis da assistência.

Entendemos que para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos aqui, o espaço da micropolítica do processo de trabalho, como vimos, aparece com evidência na medida que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

Uma pergunta que surge freqüentemente em coletivos de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, é como isto se dá, ou seja, como operar para constituir “linhas de cuidado” que agem interessadamente em defesa da vida, centradas nas necessidades dos usuários? Aqui aparece como fundamental, a necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos em produzir o cuidado aos usuários. A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços. Em outro nível, aparecem como fundamentais a rede de conversas que se estabelece em cada serviço deste, que vão compor a “linha do cuidado”. Esta deve ocorrer entre os

trabalhadores, como parte integrante de uma rede de petição, onde há mútua implicação com o processo produtivo que é por natureza formado a partir dos saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço deste, a vinculação de clientela e responsabilização com seu cuidado e sobretudo, para um trânsito seguro na linha do cuidado, é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. Isto se dá, com objetivo de garantir que os atos cuidadores sejam de fato eficazes para conseguir os resultados de autonomização, fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial. Sobretudo, age assim como dispositivo instituinte do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; S. Paulo, Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O.; As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

FRANCO, T.B. e magalhães, JR.; Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado in Merhy et al “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

Franco, T.B.; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

Gonçalves, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; São Paulo, HUCITEC, 1994.

Iriart, A.C.; Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal; Tese (Doutorado) Campinas – São Paulo, Unicamp, 1999.

L'ABBATE S. A análise institucional e a saúde coletiva in Ciência & Saúde Coletiva, vol 8 n.1; Rio de Janeiro; Abrasco, 2003.

Marx, K., O Capital – Livro 1, Vol. 1; Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, E.V. et al; Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde; São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

MERHY, E. E.; Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção in Merhy et al, “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

Pires, D.; Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil, São Paulo, Anabrume/CNTSS; 1998.

2º. Plano: Trabalho e Subjetividade na Saúde

O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado.

Túlio Batista Franco
Emerson Elias Merhy

Introdução.

Este ensaio procura reunir evidências de que há uma produção subjetiva do cuidado em saúde, e a partir desta constatação formula a sugestão de que, os processos de avaliação qualitativa de serviços de saúde passem a admitir no seu plano analítico a subjetividade como uma das dimensões do modo de produção em saúde.

Parte-se do pressuposto de que os trabalhadores de uma mesma equipe de ESF agem de modo singular, na produção do cuidado, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa. Isso revelou que o processo de trabalho não sege um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um. Nesse cenário, as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada.

Percebe-se que o modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo. Este texto apoia-se inicialmente na produção teórica que informava sobre a subjetividade atuando na construção do *socius*, isto é, o microcosmo em que cada um está inserido, e onde opera micropoliticamente. Ao mesmo tempo verifica-se que para identificar a ação micropolítica é necessário um olhar especializado, vibrátil, o que é possível fazer com base em certos instrumentos cartográficos. Estes têm sensores com um grau elevado de sensibilidade para o estudo e compreensão da realidade social, percepção dos fenômenos que a cerca e sobretudo a produção da vida no cotidiano, com base no protagonismo dos sujeitos em ato (Deleuze e Guattari, 1972, 1995; Rolnik, 2006; Osório, 2005; Kastrup, 2007).

A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social. Esta percepção segundo a qual os sujeitos na cena do trabalho, operam em fluxos de conexão entre si, é inspirada na ideia de Rizoma, usada por Deleuze e Guattari no primeiro volume do livro “Mil Platôs” (1995), e significa um movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo. Aparece portanto como movimento dinâmico, que opera em conexão entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs.

O desafio da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo.

Instrumentos Cartográficos aplicados à avaliação qualitativa do trabalho em saúde.

Preliminarmente os instrumentos cartográficos que serão discutidos mais à frente, estão pautados em três conceitos, os quais se considera que são constitutivos do método, ou, fundamentalmente compõem a cartografia, e lhe dá uma identidade conceitual. Os elementos em discussão são a tese do Rizoma como fluxos de intensidades, em conexões, a produzirem a realidade social (Deleuze e Guattari, 1995), o que parece ser o conceito fundante da ideia geral de cartografia; o Desejo como força propulsora da ação dos sujeitos, significando a produção subjetiva do socius conforme propõem Deleuze e Guattari em *O Anti-édipo* (1972); e por fim a teoria do Trabalho Vivo em Ato de Emerson Merhy (1997,

2002) como o eixo de tensão que produz as linhas cartográficas. Esses três conceitos, na cartografia que se pretende produzir, são imanentes entre si.

O Rizoma: cartografia em ato no processo de trabalho.

Uma primeira referência importante para pensar na cartografia como método de investigação, vem de Deleuze e Guattari, em especial na Introdução ao livro “Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia; vol 1” os autores discutem o Rizoma como dispositivo de produção da realidade social, tendo por base a ação dos sujeitos em conexões entre si e com o mundo, por fluxos de intensidades. Enumeram várias características de um rizoma, sendo:

“1º e 2º - Princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo”; “3º - Princípio de multiplicidade: é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo”; “4º - Princípio de ruptura a-significante: Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas”. “5º. – Princípio de cartografia e de decalcomania: Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas”. (Deleuze e Guattari, 1995; págs. 15:22).

O rizoma opera tendo os Platôs como plataformas de produção subjetiva do meio social, de alta intensidade, e que se conecta com os planos sobre os quais a realidade se manifesta. Assim os platôs tomam um lugar importante nas cartografias, pois se constituem como lugar de potência na produção do mundo e da vida. Eis o que pensam os autores sobre os platôs:

Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs. Gregory Bateson serve-se da palavra ‘platô’ para designar algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior. (Deleuze e Guattari, 1995, pág. 33).

O platô na microfísica do trabalho em saúde é antes de tudo um lugar de produção, e como tal, de encontros de intensidades que afetam os sujeitos que estão em situação de trabalho e cuidado, e o rizoma a sua cartografia em ato. O caráter múltiplo, heterogêneo, e de muitas entradas do rizoma, vai lhe dando porosidade, e ele é atravessado por diversas lógicas nos agenciamentos de construção da realidade social. Na sua cartografia não cabe julgamento de valor sobre a atuação dos sujeitos, mas busca-se compreender o seu funcionamento, na ação produtivo-desejante que empreendem na produção do cuidado. Por essa lógica, não há o mal ou bem, o bonito ou feio, mas subjetividades que estão capturadas por determinado território existencial e significam o mundo da vida conforme esse território. Assim esses sujeitos atuam conforme os planos de consistência que se formam na relação com o outro, na sua alteridade imediata e sempre em ato.

O encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um ao outro, e isto se dá por intensidades circulando entre as relações que se estabelecem entre dois corpos, entendendo-se como corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas também estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde. Segundo Espinosa citado por Deleuze (2002), os afetos podem causar alegria ou tristeza, respectivamente aumentando ou diminuindo a potência dos sujeitos agirem no mundo da vida. No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta

de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir.

O Desejo: força propulsora da ação produtiva do trabalho em saúde.

Uma segunda referência importante para o uso de instrumentos cartográficos diz respeito ao conceito de desejo que se encontra no pensamento fundante da esquizoanálise.

No livro “Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia”, Deleuze e Guattari (1972) travam uma luta conceitual, ao estilo das grandes epopéias, para afirmar a ideia segundo a qual, o desejo que se forma no inconsciente é energia produtiva e portanto, propulsora da construção da realidade social, pelo sujeito. Eis o que dizem os autores:

...o que salta logo à vista é que o objecto do desejo não são pessoas nem coisas, mas meios inteiros que ele percorre, vibrações e fluxos de qualquer tipo a que ele se une, introduzindo neles cortes, capturas, um desejo sempre nómada e migrante, cuja principal característica é o “gigantismo”: foi o que exemplarmente mostrou Charles Fourier. Em suma, tanto os meios sociais como os biológicos, são objecto de investimentos do inconsciente, necessariamente desejantes ou libidinais, que se opõem aos investimentos pré-conscientes de necessidade e interesse. (Deleuze e Guattari, 1972, pág. 305).

Segundo os autores, o desejo como produção tem a energia da invenção da realidade social, da criação de um novo devir para o mundo da vida, é revolucionário. O desejo é agenciamento, isto é, ele está sempre em atividade, produzindo o “real social” em toda dimensão da vida. Essa ideia se associa a uma outra, segundo a qual a produção do mundo se dá por subjetividades desejantes, que operam em fluxos, em conexão entre muitos campos de intensidades e dão formação a novos mundos que vão se constituindo no processo.

A força motriz de construção da sociedade é o desejo, que se forma em nível inconsciente, é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os

protagonistas por excelência de processos de mudança. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo. “O desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social” (Deleuze e Guattari, 1972:308).

Um desejo sempre nômada e migrante, conforme nos dizem os autores, vai agenciando formação de mundos, e também a sua desconstrução. Esse processo é detalhadamente discutido por Rolnik (2006) quando ela revela os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, em se tratando aqui de territórios existenciais, e o modo como, certos acontecimentos agenciam mudanças na subjetividade, ocasião em que indivíduos ou coletivos de sujeitos se desterritorializam, o que significa mudanças estruturais no modo de significar e interagir com o mundo da vida. Isto se produz por força do desejo, isto é, ele é a força motriz de produção da sociedade, de novos modos de atuar no mundo, e de produção de novos sujeitos.

É assim que se produzem as cartografias. Percebemos até aqui que o Rizoma como fluxos contínuos, e o desejo enquanto força produtiva vão compondo uma ideia de formação cartográfica dos processos de produção do cuidado. Estamos até aqui buscando referência para um método de análise da produção do cuidado, que revela a ação produtiva dos sujeitos, enquanto singularidades, e seus agenciamentos na construção da realidade social do campo do agir no mundo do cuidado em saúde. O método deve procurar cartografar o plano visível e invisível dos processos de produção, com os sujeitos em ação, sendo impulsionados pela energia desejante. Para finalizar a composição do método sugerido, trazemos para esta discussão o conceito de Trabalho Vivo em ato.

No seu texto de 1997, “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato”, Merhy recupera para a saúde coletiva o conceito e a potência do trabalho vivo, caracterizando-o como um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade. Naturalmente que o processo produtivo da saúde é contraditório, e o trabalho vivo pode ser capturado pela lógica instrumental de produção do cuidado, o trabalho morto. Mas a importância deste conceito aplicado ao processo de trabalho em saúde revela a possibilidade que têm os trabalhadores, para operar seu trabalho em alto grau de liberdade, exercendo podemos assim dizer, um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva.

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas. (Merhy, 2002; pág. 61).

Ainda segundo o autor, o processo de trabalho em saúde é sempre relacional, e esta relação tem a característica do interseçor, isto é, “... o que se produz na relação entre os ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro”. (Merhy, 2002; pág. 51).

Esse processo relacional é impulsionado pela liberdade imanente ao Trabalho Vivo em ato, e vai operando relações em fluxos de alta intensidade no interior do processo de trabalho. Estes fluxos fazem com que haja conexão entre os muitos trabalhadores, usuários, pessoas e coisas, que se colocam no plano do processo de produção do cuidado e são partes constitutivas do mesmo. Essa rede que se forma na informalidade do cotidiano em uma Equipe ou Unidade de Saúde, é como o rizoma, não tem começo nem fim, se conecta em qualquer ponto.

A liberdade constitutiva do Trabalho Vivo em ato, associado aos agenciamentos de desejo imanentes à atividade produtiva de cada trabalhador, vão produzindo a realidade social, inscrita no mundo do cuidado. O trabalho em saúde vai se produzir circunscrito a um determinado território existencial, que opera em um referencial ético-político no qual os trabalhadores adotam como “plano de consistência” entre ele e o usuário. Este plano de consistência se refere aos fluxos circulantes na relação que se estabelece entre trabalhador e usuário, e dizem respeito ao campo invisível do cuidado em saúde, os afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário, e ao próprio cuidado que se realiza.

A Cartografia: produção subjetiva da micropolítica.

De acordo com Kastrup (2007):

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a ideia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método ad hoc. (Kastrup, 2007; pág. 15).

Importa reafirmar que essa produção da qual a autora fala, diz respeito à produção subjetiva da realidade social, impulsionada pelo desejo. Ora, ao produzir o mundo, se está sempre em relação com o socius, o que significa operar também e simultaneamente a produção de si mesmo. E essa produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no micro-cosmo, que de alguma forma chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de formação subjetiva do meio social e de si.

Trazendo para o campo da avaliação em saúde, temos como suposto de que o trabalho de análise extrai do mundo um conhecimento, que pode retornar para o mesmo meio social na forma da intervenção sobre a realidade, e mudanças que se processam no ambiente de interação dos próprios sujeitos que estão sendo analisador junto aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que modificam o meio social, os avaliadores são também afetados pelo seu objeto, produz-se portanto um processo de subjetivação, isto é, neste caso uma produção de si. Como método de pesquisa, a cartografia provoca ao mesmo tempo análise e intervenção, pois reconhece o processo de produção de si e do mundo como algo simultâneo, legítimo e inexorável.

Rolnik (2006) utiliza da cartografia para análise do Brasil anos 1980. O livro em que publica esse trabalho traz uma primeira parte, em que a autora delimita o campo teórico no qual realiza seu estudo e na segunda apresenta a cartografia da conjuntura brasileira. No texto a autora na sua singularidade define assim a cartografia.

Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago”. (Rolnik, 2006; pág. 23).

A autora nos diz dos processos de formação e desconstrução de territórios, entendendo-os como “territórios existenciais”, isto é, o que tem dentro de cada um, e define sua forma de significar e interagir com o mundo. Este agir diante da vida é singular, ou seja, de cada um, e por isto mesmo é múltiplo, pois temos sempre tantos mundos quantos são aqueles que o habitam. Trazendo para a discussão da produção do cuidado podemos imaginar que os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, podendo, por exemplo, ser territórios existenciais que significam como valor o Acolhimento, Vínculo e um cuidado-cuidador, ou por outro lado, pode ser o inverso. E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro. O fato do território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja, na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio, etc... vai

produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, a ser construída. Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho.

Esse processo é intenso, dinâmico e tensionado por sucessivos e contínuos processos de mudança. A produção subjetiva da realidade social se dá através de movimentos de desterritorialização e territorialização dos próprios sujeitos que produzem o cotidiano, o funcionamento social. E nesse processo, os sujeitos operam em intensidades diferentes para cada movimento, podendo desterritorializar, o que significa romper com o lugar de origem e podem portanto adotar novos territórios existenciais, ético e politicamente identificados com a produção de uma nova realidade social; por outro lado, podem não reterritorializar, retornando ao lugar de origem e assim não produzir mudanças sociais, eternizando um status conservador de funcionamento social. A desterritorialização pode se dar por “coeficientes” diferentes, respeitando uma certa gradação de sentidos para as rupturas a serem realizadas. Enfim, a autora vem nos revelar no percurso da sua cartografia, uma dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revela os sentidos, a multiplicidade, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social.

Em linhas gerais a cartografia é um método, mas ao mesmo tempo um anti-método porque não tem pretensão de verdade, não se propõe como modelo a ser seguido, e por isto mesmo sustenta a ideia de que há um método para cada objeto, ou seja, a cartografia é um método “ad hoc”. Isto porque tem como pressuposto de que é extremamente complexo uma avaliação de serviços de saúde revelar processos de produção de subjetividades, usando da observação de agenciamentos de desejo, de fatores de afetivação, de dispositivos coletivos de produção social, tendo como pressuposto que há uma produção subjetiva da realidade social. Sendo assim, a subjetivação produz novos territórios existenciais, e tenciona para a invenção de novos mundos, em um processo simultâneo de invenção de si mesmo (Kastrup, 2007). Entendemos que os instrumentos cartográficos têm sensibilidade suficiente para captar a realidade da produção do cuidado no seu formado mais próximo do real, perto do caos, nos encontros onde se produzem os fluxos de intensidades, a produção

de afetos, as tecnologias que revelam a face organizada dos saberes aplicados à produção do cuidado, enfim, a cartografia possibilita adentrar o complexo mundo singular e ao mesmo tempo múltiplo do cuidado em saúde. Mas por outro lado, a realidade social pode se manifestar, não na produção, mas na reprodução, em processos de captura subjetiva dos sujeitos, em que a ética do cuidado está aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, pela repetição de sentidos, a desfiguração dos signos, havendo assim um borramento do campo de visão do “olho vibrátil”. É disso que a cartografia deve dar conta de analisar, seja no plano de intensidades de produção da vida, ou no plano de captura molar da existência.

Cartografando a Produção do Cuidado nas linhas do Trabalho Vivo em ato.

A construção do SUS foi um acontecimento que produziu grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimindo na vida cotidiana dos serviços de saúde a ideia de cidadania. Trouxe à cena novos modos de trabalhar em saúde e, sobretudo a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é multiprofissional, e o cuidado se constrói sempre em relação com o outro, seja um trabalhador ou o usuário.

O SUS foi, portanto um acontecimento de grande impacto, capaz de disparar processos de subjetivação, isto é, produção coletiva de novas subjetividades. A subjetividade é social e historicamente construída, e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social. Queremos assim dizer que o encontro de um trabalhador individual ou coletivo com um acontecimento, como por exemplo, foi a construção do SUS, pode disparar nele a produção de nova subjetividade, ou seja, uma nova forma de significar o cuidado e interagir com a sua construção social, um “fator de afetivação”³, isto é, algo que afeta os que estão presentes no cenário de impacto do SUS, e assim produz novas subjetividades com base nesse encontro.

O SUS se desenvolveu como produção teórica, prática e subjetiva, a partir do campo da vigilância à saúde. Este referencial instrumentalizado pela epidemiologia se produziu como um grande campo ordenador de experiências e modelagens de serviços de saúde, que

³ Sobre o “fator de afetivação” ver: Rolnik, Suely. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. UFRGS Editora e Editora Sulina, Porto Alegre, 2006.

se tornaram notórios no Brasil, como o de Sistemas Locais de Saúde (Paim, 2001), Distritos Sanitários (Mendes, 1994); Cidades Saudáveis (Ackerman e Mendes, 2006), todos eles vinculados ao campo da vigilância à saúde e com forte componente da Promoção à Saúde (Buss, 2000). Todos os cenários de produção do então recém-nascido Sistema de Saúde no Brasil, o SUS, a formação, as redes de serviços, a pesquisa e publicação na área, enfim, todos os segmentos são agenciados por aquele território de saberes e práticas, sobre o qual se edificou as bases para o sistema de saúde.

Por outro lado, na multiplicidade que são os campos que constituem a saúde, outro território de referência se constituiu também, e influencia a produção subjetiva na área, que é o modelo “anátomo-clínico” de estruturação dos saberes e práticas de saúde, tomando por base o relatório Flexner⁴ (EUA, 1910) que foi o principal dispositivo para a reorganização dos referenciais de formação médica e das diversas profissões de saúde no século XX. Dado o avanço tecnológico e a tensão criada pelo complexo médico-industrial de organização de serviços com base no alto consumo de insumos, o modelo assistencial saído desta vertente foi assumindo a característica hegemônica de um cuidado mais voltado à “produção de procedimentos” (Merhy, 1998).

A vigilância e a clínica como campos de saberes e práticas conviveram lado a lado na construção do SUS, mas não de forma solidária, mas como campos opostos. Esta oposição não é natural, foi construída imaginariamente pelos idealizadores da reforma sanitária, isto é, os sujeitos que formularam para o campo da saúde, produziram uma divisão simbólica e discursiva entre o modelo “preventivista” originário do campo da vigilância à saúde, e o modelo “clínico” centrado nas práticas “curativas”. Obviamente que aqui se tem uma representação, que neste caso específico é associada à clínica flexneriana. Fazemos questão de ressaltar que não precisaria necessariamente significar isto, pois a clínica pode ter várias conotações e práticas diferentes e pode inclusive constituir vários campos. No entanto esta dicotomia se produziu principalmente porque clínica no caso da reforma sanitária foi associada ao modelo biomédico.

Essa falsa polaridade vigilância e clínica é transmitida pelos diversos dispositivos de construção do SUS, a formação, educação em saúde, regulação do sistema, protocolos de

⁴ O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994, p. 92-93).

serviços, etc... e assim forma-se no âmbito da produção do cuidado uma subjetividade que opera coletivamente na produção de serviços altamente implicados com a promoção e prevenção da saúde, e por outro lado pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora. Esta quando existe opera centrada na lógica burocrática da programação em saúde.

Percebe-se que há na condução dos serviços de saúde uma lógica dada pela razão, os saberes constituídos, e por outro lado outra que opera pelas subjetividades formadas no contexto de construção do SUS. Se aquela é facilmente organizável, isto é, através dos protocolos e educação em saúde é possível produzir uma padronização dos procedimentos, o cuidado em ato é dado mais pelos afetos⁵ que circundam os encontros entre trabalhadores e usuários. Este cenário é determinado mais pelas singularidades e, portanto os modelos que aí operam podem ser tantos quanto são os sujeitos no encontro entre si. É neste cenário marcado pelo caos que se produz de fato o cuidado, e abre-se para o agenciamento de novas práticas e a criatividade dos próprios trabalhadores.

O desenvolvimento do SUS produziu certos paradoxos que servem como analisadores do próprio modelo tecnoassistencial que se criou. Um problema-analisador é quanto à universalidade de acesso, pois inscrito como o principal princípio do SUS, os serviços ainda convivem com grandes esperas, filas e na maioria dos serviços dispositivos racionadores como a triagem, senhas para procedimentos, etc... Observa-se ainda processos de trabalho partilhados, embora haja um discurso do trabalho em equipe; saberes técnicos pretensamente onipotentes, mas pouco eficazes na satisfação das necessidades dos usuários; relações hierárquicas na equipe de saúde; enfim, as contradições revelam fortes estranhamentos nas redes de atenção à saúde.

O processo de busca pela superação deste cenário, no âmbito do caso brasileiro, foi se produzindo ao longo do tempo, inicialmente com o questionamento por diversos autores da saúde coletiva, de como vinham se constituindo os territórios de captura no campo. Como exemplo pode-se relatar sobre a medicalização da sociedade, isto é, a constituição no âmbito social de um pensamento centrado no modelo biológico e de uma construção dos serviços médicos em larga escala, com objetivo de expansão do mercado de trabalho

⁵ Afetos aqui tem o sentido dado por Espinosa, e diz respeito à capacidade de afetar e ser afetado a partir do encontro. E o afetamento que traz positivities, “alegria”, produz maior potência de agir no mundo ou, se traz negatividades “tristeza”, produz menor potência. Citado em Deleuze, Gilles; Espinosa: filosofia prática. Editora Escuta; São Paulo, 2002.

médico, sobretudo após o advento da medicina comunitária nos EUA nos anos 1950/60 (Donnangelo, 1976). Importa informar também sobre a construção desta hegemonia no âmbito das instituições brasileiras, descrita por Luz (1981) como a produção de uma racionalidade médica hegemônica no estado e na sociedade.

O desenvolvimento do SUS se compõe de múltiplas formulações, e o tema da clínica passa a ser valorizado no âmbito da reforma sanitária, juntamente com a ideia geral de investimento na micropolítica dos processos de trabalho para a consolidação de processos de mudança na saúde. Estas formulações produzidas principalmente na década de 1990 por Gonçalves (1994); Cecílio (1994); Campos (1994); Merhy (1997) abriram um novo campo de investigação e intervenção sobre os cenários de produção do SUS como projeto técnico-político e construção subjetiva de uma dada ética do cuidado.

O SUS vai se formando, portanto com base em uma multiplicidade de saberes, ações, técnicas e políticas, compondo um cenário diverso e ao mesmo tempo rico de referenciais que se constituem como campos de aposta para a formação de determinado modelo tecnoassistencial. Estes esforços são sobretudo a expressão do desejos de coletivos de trabalhadores, formuladores de políticas e usuários, formados na esteira da reforma sanitária e nos acalorados debates das mudanças estruturais vividas pelo Brasil e em particular pela saúde nos anos de 1980/90.

Vimos aqui que o desejo é o núcleo propulsor da produção social pelos sujeitos individuais e coletivos. Dão formação a subjetividades que é expressão de singularidades, ou seja, um modo singular de perceber e atuar no mundo em um determinado tempo e espaço. Pode, portanto modificar-se o tempo todo, e um mesmo sujeito pode expressar várias singularidades, dependendo do tempo-espaço ao qual ele está inserido e dos fatores de afetivação aos quais ele se expõe. Percebe-se a expressão do meio social como absolutamente complexa, dinâmica e identificada com multiplicidades. O SUS, portanto é expressão das formações diversas que lhe deram sentido: territórios marcados pela tradição da prevenção e promoção à saúde; clínica centrada na pesquisa biológica; processos de trabalho centrados no ato prescritivo e pouco relacionais; cuidados acolhedores; vínculos que se forma entre trabalhadores e destes com usuários, enfim há uma infinidade de agenciamentos que foram um cenário complexo de produção, mas ao mesmo tempo esta é a manifestação do mundo real, a sua expressão mais nítida, em as lentes que as interpretações

da realidade têm o hábito de colocar, e muitas vezes, mascaram esta própria realidade, ou modificam a sua imagem.

Tendo por referência Rolnik (2006) o território existencial é um referencial que forma sentidos e identidades para o sujeito; e este é singularidades que operam no mundo da vida em geral. No caso da saúde podemos dizer que a produção do cuidado se dá sempre, com base em um trabalhador individual ou coletivo, que opera seu processo de trabalho tendo por referência seus territórios existenciais. O movimento de mudança na saúde pressupõe processos de desterritorialização, isto é, a ruptura com o velho território, e movimentos de reterritorialização, buscando novas identidades existenciais que vão pedir novas práticas de cuidado. A desterritorialização pressupõe agenciamentos, isto é, processos de mudança que são conflituosos, doloridos, e permeado por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com um “perder o chão”, morte de si, para a busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e produção.

No campo da saúde de forma hegemônica se estruturam cenários de um devir capitalístico⁶ da produção do cuidado, marcado por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos e alto consumo de insumos. A construção de um devir solidário para o SUS pressupõe a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que resignifiquem o trabalho em saúde e, sobretudo o cuidado. O agenciamento de desejos capazes de operar na construção de um novo SUS pressupõe o enfrentamento com os territórios atualmente estruturantes dos serviços de saúde, e, sobretudo a ruptura com seu devir capitalista e capitalístico.

Desde sempre há vários territórios sendo constituídos no cenário do Sistema Único de Saúde. Os agenciamentos subjetivos em seu movimento de produção do mundo promovem desconstrução e ao mesmo tempo, novas formações de territórios, no âmbito da micropolítica do processo de trabalho. Isto só é possível porque o trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato (Merhy, 1997) o que possibilita, na liberdade do agir em saúde, muitos movimentos de idas e vindas, territorializações e desterritorializações,

⁶ Diferentemente de capitalista que diz respeito a um sistema econômico; capitalístico significa um modo de vida, trabalho, existência, subjetivamente centrado em referências subjetivamente orientadas pela organização social de consumo. Na produção do cuidado no campo da saúde pode-se dizer que o capitalístico se relaciona a um processo de trabalho altamente consumidor de procedimentos, em detrimento de processos mais relacionais, o centramento em territórios existenciais que trazem lógicas próprias da subjetividade capitalística. Ver: Guattari, F. e Rolnik, S. (1999).

composição e decomposição de mundos. Este é um movimento contínuo de descobertas que vão se dando no movimento cotidiano de produzir o SUS. Importa enfatizar que na mesma medida em que o trabalhador individual e coletivo produz o mundo do cuidado em saúde, ele é produzido por este mesmo mundo, pelos afetos circulantes nas relações que se realizam entre si mesmo e os outros. O trabalhador da saúde é produtor e produto ao mesmo tempo, de determinados modelos tecnoassistenciais. “Cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo” (Rolnik, op cit; pág. 55).

Mudar o modo de produção do cuidado pressupõe no nosso entendimento, além da mudança do processo de trabalho, um processo de desterritorialização dos trabalhadores e usuários do SUS. Tendo por referência que os trabalhadores operam a partir de territórios existenciais, isto é, o território não é físico, mas se encontra dentro dele, organizado pela sua subjetividade, a mudança em caráter estrutural e duradoura dos processos de trabalho requer a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador. Este processo é difícil, complexo e doloroso, pois significa fazer uma ruptura com os modos estruturados de trabalho e produção e neste caso, o trabalhador vai se encontrar com o mundo tal como ele é, caótico, mas potente nas singularidades que se formam e encontram sinergia para o cuidado em saúde. A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que têm sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho. Os processos de mudança até o momento têm sido sempre parciais e não conseguem produzir uma desterritorialização do lugar em que se encontram, o modelo médico hegemônico, que opera o cuidado centrado na lógica da produção de procedimentos.

A reestruturação produtiva, “é a resultante de mudança no modo de produzir o cuidado, gerada a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais” (Merhy e Franco, 2006). Embora represente um momento de mudança no modo de produzir o cuidado, a reestruturação se dá nos limites do atual modelo, isto é, os agenciamentos capitalísticos que operam na produção da saúde,

continuam ativos nas subjetividades atuais, mesmo sob uma mudança no processo de trabalho.

Para uma “transição tecnológica” seria necessário que a reestruturação produtiva avançasse no sentido de romper com as atuais estruturas do modelo biomédico, do processo produtivo centrado no ato prescritivo, organizando processos de trabalho mais relacionais. Se um processo de reestruturação não chega a este patamar ele deixa de ser instituinte para se instituir como território fixo, faz assim uma produção diferente do atual modo de produzir o cuidado, mas não opera uma ruptura com seus fundamentos, por exemplo, o alto consumo de tecnologias duras, o plano secundário da dimensão relacional do cuidado em saúde, das intersubjetividades operantes e da produção subjetiva do cuidado. Esse processo, recrudescer, engessa e enrijece as estruturas que compõem o processo de trabalho, interditando agenciamentos de desejo que se manifestam e são ativos na construção de novos territórios das práticas em saúde.

Referências:

- AKERMAN, M.(org); MENDES, R.(org). Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira - memória, reflexões e experiências. São Paulo; Midia alternativa; 2006. 178 p.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, no.1, p.163-177. ISSN 1413-8123.
- CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998.
- Campos, G. W. s. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- Cecílio, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
- DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. Ed. Escuta. São Paulo, 2002.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. O Anti-Édipo. Lisboa (Portugal): Editora Assírio e Alvim, 1972.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.
- DONNANGELO, M. C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

Franco, TB et al. (Orgs.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo tecnoassistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).

Franco, TB; Bueno, WS e Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.

FREIRE, R. As Ações Programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Dissertação de Mestrado. Unicamp, Campinas, 2005.

Gonçalves, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Ed. Vozes. Petrópolis, 1999.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol. Soc.*, Jan./Apr. 2007, vol.19, no.1, p.15-22. ISSN 0102-7182.

LUZ MT. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1981 (2ª. Edição). Pág. 50-51.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

MERHY EE e FRANCO TB. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2006, págs. 225-230.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde ~ Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA,

D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

OSORIO, C., MACHADO, Jorge Mesquita Huet e MINAYO-GOMEZ, Carlos. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. Cad. Saúde Pública, mar./abr. 2005, vol.21, no.2, p.517-524. ISSN 0102-311X.

PAIM, J. Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. <http://www.interface.org.br/revista9/debates2.pdf>, Botucatu, 2001. (acesso em setembro de 2007).

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

O cuidado é um acontecimento e não um ato

Emerson Elias Merhy

Ofereço como imagem, para poder conversar sobre cuidado e subjetividade, a figura do brincante. Todos, quando estamos cantando e/ou dançando uma música qualquer, em particular marchinhas, cantigas, entre outras, o fazemos em um nó de passagem. Há, por ali, forças que se repetem em todos que cantam e dançam aquela música em particular; também

há forças que marcam o lugar do cantar e do dançar na cultura da sociedade que constituímos; porém, há um acontecer que só ocorre ali, em ato, com aquele dançante e cantador específico, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, a dança e o canto, que nenhum outro irá fabricar igual.

Há, por ali, no nó um passar para o dentro e do dentro para o fora daquele que dança e canta. O seu interior e o seu exterior, no acontecimento, são inseparáveis, se constituem, se dobram. Este ali em ato é o puro brincante. Ele é a síntese em produção no ato de todas as forças que passam pelo nó. No seu acontecer é que as forças, de fato, existem.

Imagina, agora, que dois brincantes se encontram, como pares de dançarinos, mesmo que tenham momentos de compassos, passos, cantos, ..., nos nós de seu encontro, como uma micropolítica, cada um mantém as características descritas, anteriormente. Entretanto, como micropolítica, um intervém no outro. O brincante a dois é um processo, que mesmo contendo todas as repetições particulares e gerais, só existe no ato do seu acontecimento.

Estas figuras dos brincantes, tirada das falas de Suassuna e Nóbrega, para mim, é a que melhor traz a imagem que gostaria de ofertar para poder falar do cuidado em saúde.

Vejamos esta situação considerando um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário de seu serviço; mas, esta imagem pode ser ampliada para uma equipe de trabalhadores e um grupo de usuários, que a reflexão que se segue continua pertinente.

Associo os dois a brincantes, porém em recortes situacionais bem distintos. Agora, é marcante do encontro o que caracteriza a “alma” do campo da saúde: a promessa de que ali é um lugar de encontro de atores sociais / sujeitos, no qual uma parte está ali como expressão e portador de necessidade de saúde (que emerge sob a figura de qualquer tipo de demanda) e uma outra está ali por ser identificada como portadora de um certo saber-fazer tecnológico, produtor de cuidado em saúde para o outro. Nesta promessa, as imagens que cada um produz são distintas: o trabalhador coloca-se do lugar de quem vai cuidar, por ter um conjunto de saberes e técnicas, sendo o efetivo prometedora de que com isso vai resolver o problema do outro; o usuário coloca-se no lugar do objeto da ação do outro, porém supõe que isso vai dar conta de sua demanda, que no fundo carrega o pedido de ver garantido a recuperação do “seu modo de caminhar a vida”, dentro do que deseja e representa como tal.

Aqui, como nos brincantes do começo deste texto, em cada um deles e nos seus encontros, há a presença de linhas de forças que são muito particulares e gerais, mas há as muito específicas que garantem, que o encontro no ato traz dentro de si a expressão de que: faz diferença quem está se encontrando.

O cuidado é um acontecimento produtivo intercessor

Quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro.

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como os da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamo de uma “intersecção partilhada”

??

usuário	xxxxxxx	trabalhador
	xxxxx	

2. Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetual”.

??

	marceneiro		
?	xxxxxxx		
	madeira	cadeira	usuário
	xxxxxxx		

Esta distinção da constituição dos processos intercessores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor e o jogo entre necessidade e satisfação ocorre em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a essas características.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então se pensar:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor tornando-o, parcialmente, objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho; e,

2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade. Como, por exemplo, a saúde que o usuário representa como algo útil, por lhe permitir estar no mundo e poder vivê-lo, de um modo autodeterminado, conforme o seu universo de representações, e assimilado como um processo distinto pelos agentes envolvidos, podendo até coincidir.

O que revela que a análise do processo intercessor que se efetiva no cotidiano dos encontros pode evidenciar a maneira como os agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades, no interior desse processo de “intersecção partilhada”. Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivamente, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima, este é um posicionamento necessário para a ação, mas não pode ser um a priori para a análise, porque o importante é perceber que todo o processo de trabalho é atravessado por distintas lógicas, que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam, como forças instituintes, suas instituições. Como os brincantes.

Uma análise mais detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e o modo como esses sujeitos se interseccionam, permite realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

O cuidado é um acontecimento no qual há a presença de valises tecnológicas múltiplas

Para facilitar o entendimento das questões que trato, agora, proponho como imagem o encontro entre um trabalhador de saúde, como um médico ou um enfermeiro ou um psicólogo ou um outro qualquer, e um usuário, olhando este encontro sob a noção das valises que aquele profissional de saúde utiliza para agir no processo intercessor. Vou considerar que essas valises representam caixas de ferramentas tecnológicas, enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e não-materiais, que fazem sentido de acordo com os lugares que ocupam naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.

Acredito que o trabalhador, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço

relacional trabalhador–usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato.

Olhando essas valises e procurando entendê-las sob a ótica da micropolítica dos processos de trabalho, pode-se afirmar que todas expressam processos produtivos singulares implicados com certos tipos de produtos. Por exemplo, a valise das mãos, das tecnologias duras permite processar com os seus equipamentos: imagens, dados físicos, exames laboratoriais, registros, entre outros. Porém, estes produtos para serem realizados, consomem, além do trabalho morto das coisas que opera, o trabalho vivo de seu “operador” com os seus saberes tecnológicos. Mas, de tal modo, que há uma captura predominante do momento vivo pela lógica produtiva instituída no equipamento, por exemplo.

A outra valise, a da cabeça, permite processar o recorte centrado no olhar do trabalhador sobre o usuário, enquanto objeto de sua intervenção, em um processo de captura do mundo daquele e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-lo. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, expressando-se como trabalho morto, daí o seu lado duro. Mas, nos momentos de sua concretude no agir sobre o usuário, através de seu trabalho vivo em ato, é “contaminado” no seu processar produtivo, dando-lhe uma certa incerteza no produto a ser realizado e desviando-o de sua dureza pela relação centralmente leve que o usuário real impõe para o raciocínio clínico. Mesmo que armado, o olhar vai se singularizar no ato. Porém, por mais que sofra essa “contaminação”, dando-lhe uma certa leveza pelo agir em ato do trabalho vivo - que não é plenamente capturado pelo saber tecnológico bem definido, pois tal captura também é disputada pelo usuário presente em ato nesse processo -, os produtos realizados nesta situação produtiva podem ser circunscritos pela imposição do lado mais duro desse processo sobre o mais leve. Mas o contrário também pode ocorrer. Não há só uma forma de se realizar a clínica.

Essa situação incerta da finalidade que será cumprida nesse tipo de processo produtivo inscrito na valise da cabeça contaminará a valise da mão, pois se relaciona com ela em um processo de dominância. É a partir deste terreno, o da valise da cabeça e de seus processos produtivos, que os produtos da valise da mão adquirem significados como atos de saúde. E o maior endurecimento dos processos produtivos em torno de saberes tecnológicos muito bem definidos, dará uma maior ou menor interdição à possibilidade do mundo do

usuário penetrar também como capturador das finalidades dos processos produtivos em saúde.

Os distintos modelos de atenção variam nessa situação relacional. Mas sem dúvida, a valise que, por suas características tecnológicas próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário. Os processos produtivos em saúde, que ocorrem nesse espaço, só se realizam em ato e nas intercessões do trabalhador e do usuário. É esse encontro que dá, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado.

Entretanto, é um encontro que o trabalhador também procura capturar. É só verificar para esse momento produtivo a importância que as regras sobre a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador-usuário adquirem, para se ter noção do quanto o trabalho vivo em ato do trabalhador também está operando sobre esse espaço, tentando, com a valise da cabeça, impor seu modo de significar esse encontro, e ampliando-a com saberes além dos da clínica. Lembra as várias linhas de força atuando no canto e dança dos brincantes.

Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros. A presença de situações mais duras nesse espaço produtivo é praticamente insignificante, pois mesmo que para o encontro também tenha que se ter uma certa materialidade dura, ele não é dependente dela. É como se pudesse dizer que o processo de produção de um certo acolhimento realiza-se até na rua, ou em qualquer outro lugar.

Esse momento produtivo, essencialmente do trabalho vivo em ato, é aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros. Não perde nunca sua tensão de espaço de disputa, e mais que isso, não perde nunca a demonstração de que as forças, mesmo interditas, estão operando em ato com sua presença, sempre. É nesse espaço que a busca

capturante do usuário apresenta maior chance de conquistas para impor “finalidades” ao trabalho vivo do trabalhador.

A relação particular que essa valise adquire com as outras duas, define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do “seu modo de andar na vida”, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho.

As diferentes formas de realizar os modelos de atenção à saúde, sob a ótica do trabalho em saúde, definindo reestruturações produtivas no setor, mostram que os arranjos entre essas valises são estratégicos, e mesmo definidores do sentido dos modelos, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça e do espaço relacional.

Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre a valise das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, a ponto do mesmo praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procederem bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, sub-especializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem os seus verdadeiros vínculos, e através dos quais capturam os usuários e seu mundo.

Mesmo assim, não elimina a tensão constitutiva do conjunto dos atos de saúde enquanto produção do cuidado, e muito menos conseguem apagar o fato de que o conjunto dos procederem em saúde são situações que buscam a captura do trabalho vivo em ato substantivamente.

O trabalho médico, para se realizar como uma forma do cuidado em saúde, tem que construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde - uma, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico - para compor o seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção.

A construção destas competências são conseguidas nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção médica tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras.

O cuidado é um acontecimento autopoietico

Há nos processos relacionais entre sujeitos - individuais e/ou coletivos - uma micropolítica dos encontros, expressa por vários mapas, ou melhor, por uma efervescente cartografia daqueles processos relacionais, que os sujeitos do encontro operam.

Para compreender partes desta cartografia lanço mão da noção de autopoiese, que me ajuda a compreender um pouco mais os vários processos constitutivos das ações nos encontros, como no caso da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Dimensão típica do campo da saúde.

Por isso, antes de entrar nesta micropolítica do cuidado como encontro, suas tensões e desafios, retorno a um trecho do texto “A loucura e a cidade, outros mapas”, para partilhar da conceituação de autopoiese, que tiro proveito.

Após descrever situações de encontros, nas quais o que se mostrava eram processos relacionais de dominação, exclusão, eliminação, entre outros processos de interdição, escrevi, naquele texto:

“Criei, para mim, desta maneira, uma terceira imagem: pensei {nas } cenas, sob a perspectiva de uma micropolítica de encontros. De posse desta ideia, da micropolítica de encontros, tentei olhar, de novo, para todas as cenas. Não mais sob a ótica de que o presente era duro e que o futuro seria muito mais duro. Procurei olhá-las como “lugares”, onde encontram- se ou relacionam- se territórios- sujeitos, em acontecimentos e aconteceres. E, aí, todas essas cenas começaram a expressar outras possibilidades: ali, existiam sujeitos, territorializados e em desterritorializações, encontrando- se nas suas dificuldades, nas suas comensalidades, nas suas possibilidades, nas suas lutas; o que me permitia olhar os encontros, de territórios- sujeitos em movimento, e tentar criar novas categorias para mirá- los e para pensar o que acontecia, ou poderia acontecer, nesta micropolítica dos encontros.

A primeira noção, que adotei, era que, ali, aconteciam várias coisas ao mesmo tempo e que não, necessariamente, se excluíam. A segunda era que isso permitiria ter uma outra chave para ver “portadores de futuro”, tanto quanto a redenção ou à mudança radical do encontro. A terceira era de que, na micropolítica dos encontros, que ocorriam nas cenas, havia várias relações de interdições e fugas.

Nesta micropolítica dos encontros territorializam- se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde territórios e sujeitos interdita outros territórios e sujeitos. Os encontros explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos se colocam diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador. Movimento que se dá em todos os lados, de um a outro, sem parar.

Estas cenas continham estes pontos, só que continham também outros processos de encontros, outras situações ocorrendo no mesmo tempo do processo de interdição, como outras formas, destes mesmos agrupamentos sujeitos processarem suas micropolíticas, e que chamei, para minha nova leitura, de encontros autopoieticos. Como um acontecer no outro acontecimento- interdição.”

O que é, então, este encontro autopoietico, que opera na relação cuidador - cuidado? Seria aquele no qual ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de n vidas, em mútuas produções. Esta palavra, autopoietico, tomo emprestada da biologia, que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, por expressar e significar uma imagem de que o caminhar de um vivo/vida, que se produz em vida. Expressando um movimento que tem que construir o sentido de um viver, de modo contínuo, senão a sua característica de ser vivo se extingue. Tem a força de representar o movimento da vida que produz vida.

A autopoiese, portanto, é isso, um movimento da vida produzindo vida, o que me permite ressignificar as cenas dos encontros na produção do cuidado em saúde, que passam a ter novos sentidos, para mim: o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico. Há uma micropolítica inscrita dentro da outra; e, é isso que permite a sensação, por exemplo, de em uma cena que transmite a angústia da morte, que

pode inclusive tomar conta dela, de repente, ser carregada, preenchida pela possibilidade da produção da vida, no encontro destes viveres.

A tutela autonomizadora da produção do cuidado, no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar liberação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro.

Este é o sentido mais intenso do cuidado como um acontecer brincante.

Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS

Túlio Batista Franco

A gestão do SUS como cenário diversificado de aprendizagem

A educação na saúde tem sido defendida como uma prática corriqueira e tem acompanhado o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), desde que esse vem impondo-se por conquista popular e com o estatuto legal de reforma na organização da assistência à saúde. Embora haja grande investimento em educação, desde que se instituíram os princípios da reforma sanitária brasileira ou mesmo antes da concepção de SUS, no bojo das lutas por universalidade, equidade e integralidade da atenção, tem sido freqüente, na atualidade, nas conversas entre gestores e trabalhadores da área da saúde, a constatação de que, embora tenham sido despendidos grandes recursos e esforços em processos educacionais, seus impactos nos serviços não têm sido notados. É o que nos dizem Ceccim e Ferla (2003, p. 212):

o que se observou, no Brasil, foi o investimento recente em processos de formação posteriores à graduação ou à inserção nos postos de trabalho do Sistema de Saúde, não se instituindo um processo de mudança na formação que trouxessem a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário das ações e serviços de saúde e o desenvolvimento de projetos de produção de autonomia no cuidado e na produção da vida como objetos de aprendizagem e montagem dos perfis de trabalho individual e coletivo.

Algumas questões nos indagam desde sempre, por exemplo: por que, apesar de todo esforço em educação, na maioria das vezes, as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera a partir de relações hierárquicas, os atendimentos continuam sumários e os trabalhadores abrigam-se no seu pequeno espaço de saber-fazer, demonstrando grande dificuldade de interagir e conformar uma prática multiprofissional? Por que persiste nos serviços de saúde um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas, com saberes que se isolam uns dos outros, onde há dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe, sobretudo, sob os valores e a cultura de uma clínica que tem por referência o velho modelo flexneriano⁷, que sobrevive aos inúmeros apelos feitos nas diversas estratégias de educação (capacitações, revisões/atualizações etc.) dos trabalhadores da saúde?

Algumas respostas podem ser encontradas no percurso de estruturação da reforma

⁷ O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994, p. 92-93).

sanitária brasileira. As políticas educacionais implementadas trouxeram uma ideia de processos de gestão excessivamente normativos, seja por uma herança impregnada nas subjetividades individuais e sociabilidades coletivas do planejamento e organização dos processos de trabalho seja pela construção do SUS em um momento em que o protagonismo de grupos “sujeito” no ambiente organizacional era visto como algo não esperado e não desejado pelas esferas de mando no interior das organizações e muitas vezes antagônico a elas. Iniciativas próprias, criação e inventividade no ambiente de trabalho eram considerados movimentos de resistência, bem como questionadores de uma desejável direção central da estrutura. Esse ambiente organizacional traz o imaginário de que a cadeia de mando do sistema de saúde ocupa o lugar do “saber” e esse deve ser repassado ao nível da produção que supostamente não tem o conhecimento necessário para operar os processos disparados a partir da sua direção. Há um senso comum de não reconhecimento do conhecimento gerado a partir das vivências cotidianas na atividade de trabalho. A ideia geral de insuficiência dos trabalhadores, colocando-os como grupo “sujeitado” aos processos pensados por uma instância diretiva, gerou propostas educacionais tais como as embutidas na ideia da “educação continuada”, onde a continuidade da “transferência de conhecimento” é necessária para suprir uma formação suposta como deficitária para os serviços de saúde. Metodologias educacionais implementadas com esse viés se transformaram em verdadeiras máquinas de captura das subjetividades e de anulação da capacidade criativa. O não-reconhecimento de um saber gerado a partir “da ponta” leva à formação de sujeitos heterônomos (grupos sujeitos em lugar de grupos sujeito) e é a isso que os trabalhadores ficam reduzidos, submetidos a uma “pedagogia da dependência”.

No entanto, a aposta de que a educação serve a uma proposta de mudança dos serviços de saúde continua válida e atual, motivando a ação de milhares de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Constatamos na questão um paradoxo importante que se apresenta como um poderoso “ruído” nas políticas de educação para o setor da saúde, qual seja: de um lado muitos investimentos institucionais historicamente disparados a partir do Ministério da Saúde, que efetivamente possibilita-nos notar o desejo de operar processos educacionais eficazes no atributo de transferir tecnologias de cuidado aos trabalhadores do SUS e, de outro lado, baixo impacto desses mesmos programas de educação para o setor da saúde nos processos produtivos, isto é, na prática cotidiana de produção do cuidado.

Tomamos o paradoxo citado como nosso “analisador” do problema da educação na saúde, isto é, como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (Lourau, 1996, p. 284) e entendemos que compreendê-lo é imperativo para avançar no processo de mudança do SUS.

Confirmando isso, experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho⁸, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmo como sujeito. Trabalho, ensino e aprendizagem se misturam nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação, e acontecem simultaneamente como expressão da realidade. Verificamos que, paralela à linha de produção do cuidado há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS.

As linhas de produção do cuidado e pedagógica vão desde a atividade de pesquisa na área, instituição de conceitos inovadores e práticas educacionais variadas, até sua base coletiva ou individual de operadores das práticas cuidadoras - os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Tudo isto conta com o apoio de inúmeros órgãos formadores que colaboram com o sistema de saúde brasileiro. Os diversos atores sociais e políticos implicados com a construção do SUS e embalados pelo ideário de transformação social constitutivo do histórico movimento sanitário e reivindicando-se como herdeiros do mesmo, produzem diversas propostas educacionais para a saúde que trazem, no seu enunciado, a ideia de educar com o objetivo de produzir sujeitos capazes de protagonizar mudanças nos serviços de saúde. A intenção das propostas é organizar a ação, direcionando-a para mudanças no nível organizacional, técnico-assistencial e das relações em equipe, bem como sejam nas formas de acolher e responsabilizar-se pelo usuário. Provocar mudanças em algum sentido é o que guia o esforço pedagógico que se deve empreender atualmente.

O primeiro pressuposto, desde onde partimos, é o de que a educação não se

⁸ Sobre experiências inovadoras em sistemas e serviços de saúde pode-se consultar, por exemplo, Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada (Malta et al., 1998); O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG (Franco, Bueno e Merhy, 1999) e Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo tecnoassistencial com base no processo de trabalho (Franco et al., 2004), traçadores do *acolhimento* em unidades de produção de saúde, arrolados na bibliografia deste trabalho.

apresenta como um objetivo em si mesma, ou seja, sempre educamos para um desejo. Assim, entendemos os processos educacionais como dispositivos, tal como nos é ofertado esse conceito pelas correntes institucionalistas, onde “dispositivo” é “uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical” (Baremlitt, 2002, p. 135). O segundo pressuposto é o da educação como instituição que opera a partir do humano, isto é, mobiliza sujeitos que trazem como elementos constitutivos do seu ser uma história de vida, uma origem sociocultural, saberes constituídos ao longo da sua formação e vivências no trabalho em saúde, isto é, toda a complexidade do viver que forma uma certa subjetividade e coloca em ação no mundo uma forma singular. Um terceiro pressuposto é o de que na educação o trabalho é em grande medida relacional e, tal como na saúde, é “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997, p. 71-112), tendo os trabalhadores da educação um grande autogoverno do seu processo de trabalho, o que permite disponibilizá-lo por inteiro aos seus “usuários”.

Ao mencionarmos que é possível a educação operar no mundo das relações de ensino/aprendizagem como dispositivo, sugerimos que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação, associados aos de cognição. A aposta que se faz é a de que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la. Ora, um requisito importante para o protagonismo de um sujeito é a capacidade de auto-análise, isto é, “apropriação por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (Baremlitt, 2002, p. 139). Grupos que seriam capazes de “falar por si”. É nesse cenário que a ideia de reorganizar os processos de trabalho e constituir um novo modo de produção da saúde, com base em princípios humanitários e de solidariedade, comparece como um objetivo a ser permanentemente perseguido, o processo instituinte que traz no seu enunciado o novo em potencial. O trabalhador de saúde opera a sua dimensão cognitiva, a de ser trabalhador dotado de plena capacidade técnica de intervir sobre problemas de saúde, e opera também uma dimensão subjetiva, a de ser para si e o outro, conferindo alteridade nos atos de cuidado, onde o outro está sempre presente como sujeito na ação de produzir o cuidado.

Reconhecemos a existência de duas grandes dimensões no campo da educação, como vimos dizendo até aqui: uma primeira da cognição, que é dada pela capacidade em

transferir e produzir conhecimento técnico em saúde, aplicado aos seus processos produtivos, dentro de uma certa organização do trabalho, e uma segunda da subjetivação, que deve ser dada pela capacidade que têm certas pedagogias em promover mudanças na subjetividade.

De que forma processos de subjetivação podem ser verificados nas práticas cotidianas dos serviços de saúde? Para melhor compreender a questão, imaginemos um profissional fazendo uma anamnese e utilizando para isso um roteiro pré-organizado pela direção do estabelecimento de saúde. Ele pode fazer a anamnese em pouco tempo, de forma burocrática, dando pouco espaço para os atos de escuta e fala, centrando sua atividade no roteiro previamente estruturado. De outra forma, pode fazê-lo tendo o roteiro como guia, mas interagindo com o usuário, permitindo um espaço comum de trocas, intercessor. Segundo Merhy (2002, p. 51), esse termo que designa

o que se produz nas relações entre sujeitos, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os dois em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.

Diz Merhy que se abre entre profissional e usuário um “espaço intercessor”, isto é, a relação mútua entre esses é ao mesmo tempo lugar de construção comum, no caso, do cuidado em saúde. O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada a partir da sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Contribui para isso sua implicação com o objeto, isto é, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona. A subjetividade e a implicação não aparecem nos manuais de ensino e aprendizagem, mas está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e da saúde.

Entendemos que os processos educacionais só terão eficácia, se conseguirem, junto com os processos de cognição, operar mudanças também nas subjetividades dos trabalhadores. Experiências nesse sentido têm sido observadas. Por exemplo, a Residência Integrada em Saúde, implantada pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, em 2002 (Ceccim e Ferla, 2003, p. 211-223) e, no âmbito da educação permanente em saúde, a experiência da Secretaria Municipal da Saúde de Aracaju, analisada por Santos

(2005, p. 104-122) e Santana (2005). Além dessas experiências “locais”, pode-se citar o esforço que se fez para disparar uma política nacional de educação e desenvolvimento para o SUS a partir do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, pelo Ministério da Saúde, durante a gestão 2003/2005.

Sobre a Educação Permanente em Saúde, Ceccim (2005, p. 161) diz que

a identificação Educação Permanente em Saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

A subjetividade é uma produção sócio-histórica, assumindo portanto um caráter dinâmico. É “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (Guattari, 1992, p. 19). Ela se estrutura nuclearmente no desejo, que se forma nos processos primários e é seu principal elemento. O desejo é também a energia que impulsiona o agir sobre o mundo. A mudança nesse núcleo é o que se chama de processos de subjetivação, capaz de alterar a intencionalidade sob a qual as pessoas atuam sobre o mundo da vida. A subjetividade pode sofrer processos de mudança ao longo do tempo ou ser levada a isso. No trabalho em saúde, ela pode se estruturar sob o ideal flexneriano de entendimento da clínica e concentrar toda a capacidade de um trabalhador de lidar com problemas de saúde em intervenções no corpo anátomo-fisiológico; por outro lado, ela pode formar-se a partir dos ideais e representações simbólicas que compreendem que o processo saúde-doença se dá a

partir de múltiplos fenômenos que são sociais, ambientais, clínicos ou subjetivos e demarcam, assim, um modo de agir diferenciado, que diz respeito ao sujeito que se apresenta com necessidades de cuidados a sua saúde. Lidar com a subjetividade é algo extremamente complexo e mais difícil é mudá-la, ou seja, criar processos de subjetivação capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o socius. Isto é possível a partir das vivências, do experimento da vida, em processos que criam a exposição das pessoas e que ao mesmo tempo as afetam no seu modo de pensar, ser e agir sobre a realidade. Algo parecido com a Pedagogia do Fator de Exposição, conceito desenvolvido na III Fase do Projeto de Avaliação do Ensino Médico, encetado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) e apresentado no Relatório da Cinaem: Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira, citado em Santos (2005, p. 106):

os fatores de exposição são objetos – recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir.

Para Santos (2005, p. 106), um dos autores desse relatório, a aposta que se fez no processo de implementação do SUS na cidade de Aracaju, durante sua gestão como secretário municipal de saúde, foi a de tomá-lo como “espaço de produção social de fatores de exposição”. O autor nos fala muito objetivamente de processos de educação na saúde centrados no experimento e vivências do cotidiano do trabalho, isto é, uma metodologia que opera processos de cognição e, ao mesmo tempo, de subjetivação, pois dispara “agenciamentos coletivos de enunciação (...) junto ao socius, assim como alguém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos” (Guattari, 1992, p. 19-20).

Para provocar processos de subjetivação, a educação permanente na saúde deve implicar os sujeitos com seu próprio processo de trabalho, colocando-se, conforme Merhy (2005, p. 174),

diante do desafio de pensar uma nova pedagogia - que usufrua todas as que têm implicado com a construção de sujeitos autodeterminados e

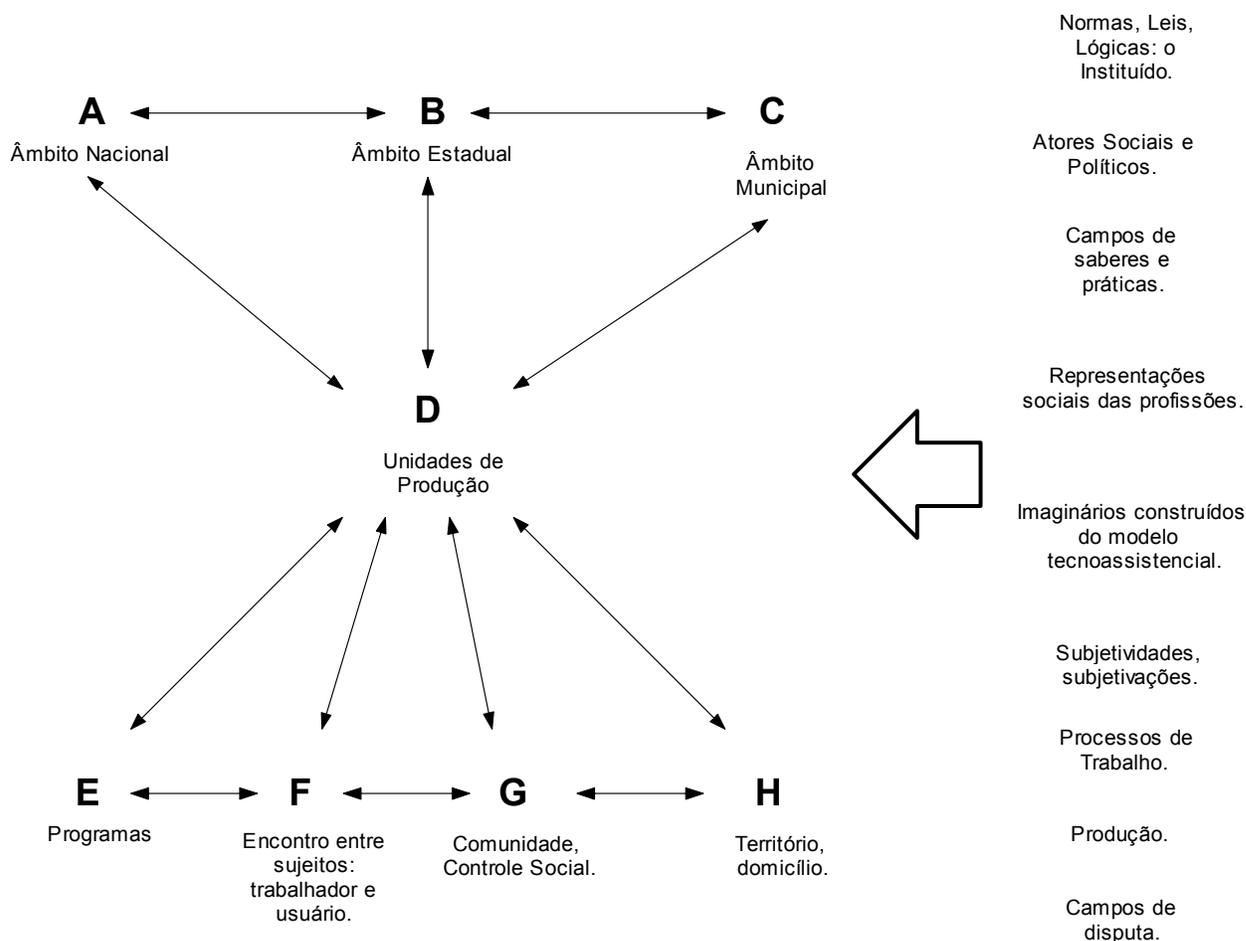
comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa, individual e coletiva – que se veja como amarrada a intervenção que coloca no centro do processo pedagógico a implicação ético-política do trabalhador no seu agir em ato, produzindo o cuidado em saúde, no plano individual e coletivo, em si e em equipe.

A gestão do SUS e seus fluxos de educação permanente em saúde

O Sistema Único de Saúde pela dimensão e amplitude que tem, a capilaridade social e a diversidade tecnológica presente nas práticas dos trabalhadores, aparece na arena dos processos educacionais de saúde como um lugar privilegiado para o ensino e aprendizagem, especialmente os lugares de produção da saúde, o “chão de fábrica” do SUS, lugar rico de ação criativa dos trabalhadores e usuários. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. No SUS, os lugares de produção de cuidado são ao mesmo tempo cenários de produção pedagógica, pois concentram as vivências do cotidiano, o encontro criativo entre trabalhadores e usuários. É como nos diz Deleuze, citando sua implicação com a leitura de Nietzsche: “ele dá um gosto perverso...; o gosto para cada um de dizer coisas simples em nome próprio, de falar por afetos, intensidades, experiências, experimentações” (Deleuze, 1992, p. 15). Nas Unidades de Produção do Cuidado, onde se processam os encontros entre trabalhadores e usuários, pode-se observar fenômenos menos relacionados ao cognoscitivo, e mais vinculados ao campo dos agenciamentos de subjetividade.

A rede que constitui a gestão do SUS opera com forte transversalidade, em especial, quando opera por “linhas de produção do cuidado integral” sobre as quais trabalhadores e usuários buscam satisfazer as necessidades de saúde. Para melhor visualizar esta rede entrecruzada por vetores que agem fazendo a relação entre os diversos lugares de produção, propomos um diagrama interpretativo:

FIGURA 1: Diagrama da gestão do SUS e seus fluxos de Educação Permanente em Saúde para a Produção Pedagógica do Cuidado



Esse diagrama encontra-se desenhado na forma simétrica como recurso didático e de efeito demonstrativo. Na realidade, deve ser considerado como absolutamente assimétrico, ou seja, as posições dos cenários mudam com a dinâmica dos acontecimentos que os afetam; os vetores que indicam os fluxos não têm a mesma frequência e podem ter intensidades diferentes. Há uma tensão permanente entre os diversos cenários, visto que operam em rede e essa relação tensa provoca deslocamentos dos fluxos conectivos que assumem um efeito dinâmico sobre esse estado. Essas tensões e os fluxos agregam elementos de uma certa produção que é social, política, técnica e subjetiva, às políticas de saúde e educacionais, dependente da ação dos sujeitos/grupos-sujeito na micropolítica que opera nesses mesmos cenários.

O diagrama representa diversos lugares de gestão, espaços de microgestão e produção do cuidado no interior do SUS, compondo os fluxos conectivos da rede. A microgestão se expressa na regulação da ação cotidiana dos trabalhadores, que é dada pelo

instituído como padrão de conduta técnica, ética, política e subjetiva, socialmente produzida, a ser assumida diante do usuário e seu problema de saúde. A norma pode estar escrita como em um protocolo ou simplesmente se expressar como lógica que atravessa as relações de trabalho. Como o processo de trabalho em saúde é dependente de trabalho vivo em ato, se caracterizando como auto-governável, inferimos que a microgestão é um espaço onde os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e do seu processo de trabalho, compondo práticas autogestionárias do trabalho em saúde ou, por outro lado, sofrendo processos de captura por normativas instituídas sobre o seu processo de trabalho. Há, entre os trabalhadores, um fluxo contínuo de saberes e fazeres que se traduzem pelos atos de fala e práticas no ambiente micro-organizacional, compondo cenários relacionais de alta intensidade.

Nessa estrutura, organiza-se a gestão do SUS como capacidade de Governo, definido aqui como a alta direção do SUS e das Secretarias de Saúde, assim como espaços de gestão local, que configuram uma instância intermediária de gerenciamento do governo geral do SUS, mas, sobretudo, há um espaço pouco explorado ainda que diz respeito à microgestão que opera fortemente na determinação do modo de produção do cuidado à saúde. São cenários com forte potencial autogestionário, dada a natureza do trabalho em saúde que é centrada no “trabalho vivo em ato permanentemente, um pouco à semelhança do trabalho em educação” (Merhy, 2002, p. 48) e que, por isso mesmo, confere ao trabalhador uma alta liberdade de ação sobre o seu processo de trabalho. Há inúmeros campos temáticos que atravessam os cenários de produção da saúde e fazem a transversalidade, criando tensões sobre essa rede, o que torna os cenários vigorosos no sentido da criação de possibilidades de intervenção nos problemas de saúde e de educação. É, ao mesmo tempo, uma arena de disputas de projetos, no âmbito intermediário do gerenciamento, que obriga a processos de pactuação entre os diversos atores implicados com a saúde, sobre as formas de gestão desse aparato assistencial, bem como de cuidado aos usuários.

A ideia geral de tratar a educação como dispositivo, contribui para compreender sua função estratégica na mudança das práticas de cuidado, sobretudo, na transição tecnológica na saúde (Franco, 2003, p. 149-151). Posições essas, desde sempre, reivindicadas por aqueles que lutam por um serviço de saúde centrado nas necessidades dos usuários (Malta

et al., 1998). Uma prática educacional - como a que se propõe aqui - se coloca na perspectiva libertária, com sentido claro de imprimir transformações nos sujeitos e no SUS. Os cenários de produção do cuidado, como cenários de produção pedagógica, ressignificam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos agenciamentos de cognição e subjetivação com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Conclusões

A questão aqui colocada, de que as Unidades de Produção do Cuidado são ao mesmo tempo Unidades de Produção Pedagógica, associa-se à ideia de uma “pedagogia em ato”, constitutiva dos protagonismos que compõem o “quadrilátero da formação para a área da saúde, ensino-gestão setorial-práticas de atenção-controle social”, sugerido por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 41-65). Essa é uma diretriz sobre a qual se fazem novas apostas de superação dos entraves à mudança na saúde, uma aposta que acredita que a mudança necessária passa indiscutivelmente pela constituição de novos sujeitos/grupos-sujeito e de outras subjetividades, despertadas/convocadas no interior dos serviços de saúde.

Outro aspecto relevante é tratar o trabalho como nuclear à ação pedagógica, quando se fala de educação permanente na saúde. Isto deve ser visto na perspectiva de que a ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito. “A subjetividade é produzida por agenciamentos coletivos de enunciação” (Guattari e Rolnik, 1999, p. 31). A atividade de trabalho na saúde produz enunciados durante todo o seu processo. Pela sua natureza relacional, a dinâmica do trabalho vivo em ato traz a possibilidade de ter o mundo da saúde em transformação e, sobretudo, a implicação dos sujeitos com a atividade produtiva. Tudo isso traz em si a potência da mudança dos trabalhadores e dos usuários. A produção pedagógica ocorre *pari passu* à produção do cuidado, sendo constitutivos da mesma os processos de cognição e formação de novas subjetividades.

Identificamos o caráter imanente entre produção de cuidado e produção pedagógica,

quando se refere à educação permanente na saúde. Isso significa que um está no outro, isto é, o trabalho está na pedagogia e esta na atividade laboral e eles só têm a potência de produzir educação permanente quando há essa imanência. A vivência, ou melhor, a experimentação que possibilita o afetamento dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver ao mesmo tempo trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos cenários do SUS.

Processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, a partir da reorganização do processo de trabalho devem ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde. Ela aparece como a metodologia eficaz para agregar novo conhecimento às equipes e torná-las protagonistas dos processos produtivos na saúde. Tudo isso tem como pano de fundo a micropolítica dos processos de trabalho que operam nos diversos cenários do SUS, sejam aqueles mais relacionados à esfera da gestão ou aqueles mais relacionados ao âmbito assistencial.

Referências

- Baremblytt, G. Compêndio de análise institucional. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Curso de Formação de Facilitadores em Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005.
- CECCIM, RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface – comunicação, saúde, educação (Botucatu), v.9, n.16, p.161-168, set./fev. 2005.
- CECCIM, RB e Feuerwerker, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis – Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro), v.14, n.1, p.41-65, jan./jun. 2004.
- CECCIM, RB e FERLA, AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco, 2003, p. 211-226.

- Deleuze, G. Conversações. São Paulo: Editora 34, 1992.
- Franco, TB et al. (Orgs.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo technoassistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.
- FRANCO, TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).
- Franco, TB; Bueno, WS e Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.
- GUATTARI, F. Caosmose. São Paulo: Editora 34, 1992.
- Guattari, F e Rolnik, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LOURAU, R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes, 1996.
- MALTA, DC et al.. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, CR; MALTA, DC; REIS, AT et al.. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998.
- MERHY, EE. Em busca do tempo perdido. In: MERHY, EE e ONOCKO, R (Orgs.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface – comunicação, saúde, educação (Botucatu), v. 9, n.16, p.172-174, set./fev. 2005.
- MERHY, EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NOGUEIRA, RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.
- SANTANA, AD. Sobre o desafio de qualificar os trabalhadores de saúde: estudo do processo de construção da política de educação permanente do município de Aracajú – SE. 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- SANTOS, RC. Implantação e implementação do SUS em Aracajú a partir do modelo técnico assistencial Saúde Todo Dia. 2005. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – São Paulo.

A Produção Imaginária da Demanda e O Processo de Trabalho em Saúde

Túlio Batista Franco

Emerson Elias Merhy

Introdução.

Já há algum tempo viemos propondo a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, um processo de trabalho usuário centrado e relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários. Nesse percurso tem-nos intrigado o fato de que, vez ou outra nos deparamos com usuários que chegam a Unidades de Saúde requerendo uma consulta médica ou um procedimento como por exemplo “exame de sangue” ou “raio x” ao reportar-se à recepção, quando muitas vezes não é isso que eles de fato necessitam, ou que seja capaz de resolver o seu verdadeiro problema. O constrangimento aumenta quando se percebe que os profissionais de saúde têm dificuldades de lidar com a questão, pois se colocam o seguinte dilema: se atendem, estão cometendo o uso indevido de recursos assistenciais, pois não é certo que o usuário tenha a necessidade dos procedimentos solicitados por ele mesmo; se não atendem, podem ser acusados pelo mesmo de um “mau atendimento”, “médico ruim porque não receitou”, aumentando a tensão na relação da equipe com sua clientela.

Este fenômeno que é entendido como um grande ruído nos serviços de saúde, pode nos revelar como se produz a demanda dos usuários frente a estes, e assim funcionar como um analisador da assistência que se presta. Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados para este mesmo serviço de saúde, feita pelos usuários no exercício cotidiano de busca por assistência, e esta parece ser uma das formas de construção da demanda, a partir da percepção do usuário e os sentidos que este vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde.

A construção deste texto parte do pressuposto de que o usuário quando entra em contato com o serviço de saúde, se conecta a este através de fluxos comunicantes por onde transitam ofertas, demandas, desejos, realizações de expectativas, satisfação de necessidades e é nessa comunicação que se realiza a relação de cuidado ou descuidado. A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Esta ideia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à

assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a ideia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado.

O que se pretende neste texto é discutir a produção imaginária da demanda pelo usuário, partindo do pressuposto de que ela é socialmente construída e está, de uma maneira ou outra, relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela.

A Produção Imaginária da Demanda.

Sobre a demanda, um primeiro aspecto a ser comentado, vem das afirmações de Barembliitt (1992) nas quais diz que a demanda se constrói a partir da oferta, ou seja, ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido no serviço de saúde. Um segundo aspecto diz respeito ao fato de que a demanda para um determinado serviço de saúde se constrói a partir da não realização de certas necessidades, por outros serviços, como por exemplo, a busca freqüente por “tratamento” feita pelo portador de doença crônica, fazendo o perfil de usuário dependente dos serviços, isto é, que não se cuida, não consegue tocar a vida com razoáveis graus de autonomia, certamente é resultado de um certo déficit de cuidado que é prestado a partir de uma dada maneira de se trabalhar com saúde, ou seja, pautada pela não interatividade com o usuário e um serviço assim é incapaz de produzir sujeitos, autonomizar o usuário, e o torna “sujeitado” à lógica da dependência de procedimentos. Um terceiro aspecto importante é o fato dos usuários associarem a solução de seus problemas de saúde a certos produtos realizados pelo serviço, como por exemplo atribuindo ao procedimento em si mesmo a satisfação de necessidades. Um fetiche, como se um exame qualquer tivesse a propriedade natural de proteger a saúde das pessoas. No entanto observa-se que essa ideia é muito comum, isto é, o usuário forma uma imagem que coloca no procedimento toda expectativa de ser cuidado e protegido, quando na realidade, este é um recurso limitado, pois ele é apenas uma parte de um complexo processo produtivo da saúde e sua eficácia é dependente das muitas ações outras que são desenvolvidas em uma dada “linha do cuidado” que se processa no interior dos serviços de

saúde e esta é determinada por processos sociais, técnicos e de subjetivação, sobretudo a capacidade em estabelecer relações interseçoras (Merhy, 2002), que diz respeito ao encontro de pessoas, trabalhador de saúde e usuário, para juntas produzir algo em comum, isto é, são sujeitos de um mesmo processo, o cuidado.

Partimos do pressuposto de que a associação do procedimento com satisfação de necessidades dos usuários é uma construção imaginária, inventada, conforme define Castoriadis:

... falamos de imaginário quando queremos falar de alguma coisa “inventada” – quer se trate de uma invenção “absoluta” (“uma história imaginada em todas as suas partes”), ou de um deslizamento, de um deslocamento de sentido, onde símbolos já disponíveis são investidos de outras significações que não suas significações “normais” ou “canônicas”. Nos dois casos, é evidente que o imaginário se separa do real, que pretende colocar-se em seu lugar. (Castoriadis, 1995:154)

De acordo com o próprio Castoriadis (1995), o imaginário se utiliza do simbólico para existir, se exprimir, passar do plano virtual ao real. Para o caso aqui discutido, é como se o usuário imprimisse ao exame/procedimento um significado que é criado por ele mesmo, e representasse algo que não é real, como por exemplo, o exame/procedimento por si mesmo, ser o responsável por todo processo de cuidado de um usuário, quando sabemos que ele não pode de fato produzir o cuidado, como já foi dito aqui, é apenas parte de um conjunto de ações que levam a isso e que são dependentes de certas tecnologias e processo de trabalho de perfil mais relacional. Ao atribuir ao exame/procedimento funções que ele não tem, o usuário está atuando por representações simbólicas, formando o que estamos chamando de construção imaginária do objeto, no caso, o procedimento.

Para melhor exemplificar esta ideia, pegamos um determinado exame muito comum e conhecido dos usuários, o RX, que é um produto com expressão material clara e objetiva, e tem a propriedade de revelar determinada estrutura interna do corpo. Como tal, ele é parte de um plano de cuidado do usuário, que prevê a realização desse exame como apoio ao

diagnóstico que é realizado. Só que o usuário, em relação ao RX não o vê apenas como um exame/procedimento, mas imprime a ele certo valor simbólico dando-lhe o atributo de produzir cuidado, como se a realização daquele exame viesse proteger sua saúde, trazer-lhe satisfação, atender suas necessidades, esta é a produção imaginária que faz com que haja demanda pelo procedimento, mesmo não havendo necessidades que justifiquem seu consumo.

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz, induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, ou como se fosse todo o cuidado, o exame e não a atenção da equipe de saúde, como se aquele o bastasse. Ao demandar o procedimento ele está acessando em nível imaginário, aquele universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo. Este simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde, que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”. Há desta forma, uma produção imaginária da oferta, no mesmo sentido, alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimentos. Vamos percebendo portanto que a produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde.

A história da formação dos modelos tecnoassistenciais já foi contada por inúmeros autores, mas no fundamental interessa o fato de que durante o século XX se desenvolveu uma clínica centrada nos conceitos flexnerianos, ou seja, com base na pesquisa biológica e restrita ao desenvolvimento de uma expertise de intervenção no corpo anátomo-fisiológico. Houve assim um reducionismo da prática clínica simplificando a ideia de produção do cuidado em saúde. Por outro lado os modelos alternativos que se construíram nesse período estiveram centrados na ideia da vigilância à saúde e não conseguiram operar uma potente reforma da clínica (Campos, 1992). Essa dicotomia que é da história da reforma sanitária brasileira produziu no nosso meio grande habilidade para a vigilância e deixou à mercê do mercado e modelo médico hegemônico a condução da clínica, o que resultou em modelos voltados para a produção de procedimentos e processos de trabalho centrados na lógica instrumental, na maquinaria, em detrimento de abordagens mais relacionais (Merhy, 1998;

Franco & Merhy, 2003). Esta centralidade da produção da saúde com base no procedimento induziu à formação de opinião entre os usuários, de que esse é o caminho para construir o cuidado. Todo esse movimento impacta o modo como os profissionais e usuários percebem o serviço de saúde, criando por assim dizer processos de subjetivação que produz naqueles uma dada forma de ver e se relacionar com o mundo da saúde, isto é, uma subjetividade que vai se organizando e operando um certo imaginário da demanda por procedimento ao invés de uma demanda por cuidado.

Os efeitos de um imaginário que associa qualidade do cuidado ao procedimento, são muito conhecidos pelos paradoxos que produzem junto aos serviços de saúde: excesso de pedidos de exame e ao mesmo tempo grande absenteísmo, ou seja, usuários deixam de comparecer para fazer o exame em função da demora em se realizar, ou mesmo porque quando estão para fazê-lo seu problema já foi sanado; excessiva demanda de exames em contraposição à incapacidade dos serviços de diagnóstico conseguirem absorver toda a necessidade; tensão entre usuários e profissionais de saúde pela divergência entre a construção imaginária da demanda e a percepção de necessidade tecnicamente orientada pelo profissional, a partir de uma escuta qualificada e responsabilização pelo seu problema de saúde. Estes paradoxos indicam as fontes de conflito existentes nos serviços de saúde, que ao mesmo tempo são reveladores do seu funcionamento, da capacidade de se produzir cuidado centrado nos procedimentos ou um cuidado centrado nos usuários e o modo como se pode desconstruir o imaginário “senso comum” que associa procedimento ao cuidado desejado. O desafio que se coloca aos que trabalham com saúde, é o de construir processos de produção da saúde que sejam capazes de se firmar com novas referências para os usuários, dando-lhe segurança de que um modelo centrado nas tecnologias leves⁹, mais relacionais tenha a potência de cuidar tal como ele imagina e deseja.

Temos apostado na ideia de que os processos de trabalho, mediados por certas tecnologias de cuidado definem o perfil da assistência que se tem. E assim como o imaginário centrado no cuidado procedimento foi socialmente produzido, é possível construir um outro, baseado na ideia de cuidado usuário centrado. Isso poderia harmonizar a relação dos serviços de saúde com sua clientela, fazer com que os usuários e trabalhadores, como sujeitos do processo de construção de uma nova forma de fazer saúde,

⁹ O conceito de tecnologias leves, leve-duras e duras pode ser visto em Merhy, 1997 (op. Cit).

possam se alinhar no trabalho conjunto de construção de um novo modelo tecnoassistencial.

A desconstrução imaginária da demanda procedimento, através de um novo processo de trabalho.

A mudança dos serviços de saúde é possivelmente a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, capazes de reorganizar o imaginário sobre a produção da demanda. Temos trabalhado um método no qual a mudança do modelo se dá por um processo “a quente”, isto é, a partir de discussões e mobilização, principalmente dos trabalhadores e usuários, os principais sujeitos protagônicos de uma nova organização do processo de produção do cuidado. Esses sujeitos constroem um novo serviço de saúde, e ao mesmo tempo constroem a si mesmos no processo, isto é, são também impactados pelas mudanças ocorridas no seu meio. Para operar a construção de uma nova forma de produzir o cuidado, é necessário mudar o modelo produtivo da saúde, promovendo uma transição tecnológica¹⁰ no setor. A Transição Tecnológica significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte a Composição Técnica do Trabalho (CTT), configurando hegemonia do Trabalho Vivo nos processos de trabalho, mediada por certas intencionalidades vinculadas ao ato de cuidar, o que significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”, pois tem sua ação voltada ao campo de necessidades dos usuários. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado (Franco, 2003).

Várias experiências de mudança nos serviços de saúde têm sido conduzidas nesse sentido¹¹, e apostam na reorganização do processo de trabalho, em modos novos de agir com os usuários que resignifiquem a relação com o mesmo, institucionalizando nos serviços práticas acolhedoras, que abram espaços de escuta e fala nas relações assistenciais

¹⁰ Sobre a Transição Tecnológica na Saúde ver: Merhy, E.E., Saúde: a cartografia do trabalho vivo; Hucitec, São Paulo, 2002 e Franco, T.B., Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde, Tese de Doutorado, Unicamp, Campinas, 2003.

¹¹ Ver: Merhy; 1997; Franco, Bueno e Merhy, 1999; Malta, 1998, 2001; Silva Jr.,1998; Merhy et al, 2003; Franco et al, 2004.

e de cuidado. O Vínculo dos usuários à equipe, tendo a responsabilização desta para com o cuidado àqueles, criando referências seguras e sobretudo, a forte ideia de “empoderamento” dos usuários, que se dá por processos de aprendizagem de como se cuidar e também processos de subjetivação que fazem com que eles se sintam com condições, competentes e aptos de se cuidarem. Assim como sujeitos no processo de produção da saúde, eles próprios aumentam seu grau de autonomia diante dos serviços. Tudo isto é possível a partir da construção de um novo modo de agir na produção do cuidado que sugere além de um processo de trabalho que aposta na relação de equipe, em uma solidária rede de conversas entre os próprios trabalhadores no momento de produção levando à interação de saberes e práticas, à constituição entre os trabalhadores de um novo ideário para o trabalho em saúde voltado ao significado do cuidado, dado pela equipe e transmitido por ela aos usuários.

O esforço para a mudança é grande como em qualquer processo onde se pretende criar rupturas com velhas formas e propor novas condutas. Pressupõe intervenções em nível da micropolítica, a partir de cada local de trabalho, mexendo com os muitos poderes instalados no ambiente de produção da saúde, interesses de cada um, pactuando os saberes e formas de agir existentes em nível organizacional, resignificando as relações de trabalho e qualificando a relação com os próprios usuários. Desenvolve-se nesse cenário complexo de mudança, processos de subjetivação que buscam mudar atitudes e isso é sem dúvida um aspecto central a ser tratado no tema da produção imaginária da demanda. O processo instituinte que se abre com a reorganização do trabalho vai esbarrar nas velhas formas de agir e organizar a produção do cuidado, pois busca desconstruir um trabalho produtor de cuidado centrado na produção de procedimentos e construção de outro centrado no cuidado. É sobretudo um processo disputado, que deve buscar energia para estimular a ação de cada sujeito, a partir do seu lugar próprio de produção.

Um pressuposto para a mudança é tornar trabalhadores e usuários sujeitos do processo, isto é, capazes de um certo protagonismo que muda o sentido do trabalho e produção da saúde. O “desejo” tem sido apontado por Deleuze & Guattari como essa energia capaz de mobilizar os sujeitos em processos de construção do novo radical, isto é, mudanças sociais que apontem para um devir que signifique uma outra estrutura de funcionamento das instituições. Eles nos dizem que “... a produção social é simplesmente a produção desejante em determinadas condições. Afirmamos que o campo social é

imediatamente percorrido pelo desejo, que é o seu produto historicamente determinado...” (Deleuze & Guattari, 1966:33). De acordo com os autores, o desejo que se forma nos processos primários, isto é, em nível inconsciente, tem em si uma potência de produção, criação do novo que se manifesta na construção do que é chamado pelos autores de *socius*, ou seja, o campo social ao qual os sujeitos estão inseridos. Ele é por excelência a energia que move os sujeitos e o seu protagonismo. Poderíamos assim afirmar que na saúde, a construção de um novo modelo tecnoassistencial, de acordo com o ideário que dá significado à expressão “produção do cuidado”, como um modo de fazer saúde a partir das tecnologias mais relacionais e trabalho vivo dependentes¹², é um processo revolucionário que se abre em relação ao modo de produzir saúde, nas atitudes e subjetividades que se formam no mundo do trabalho e do cuidado: “... a revolução se quer e se faz, não por dever, mas por desejo” (Deleuze & Guattari, 1966:361). Os processos de mudança necessariamente devem reconhecer que está na fonte do desejo a energia motora capaz de produzir o instituinte, enunciar e construir o novo, resignificar o modo de fazer o cuidado. A mudança radical do modo de produzir saúde como tem sido sugerido aqui será um processo construído por sujeitos-desejantes-revolucionários, e o desafio é tornar os trabalhadores e usuários portadores desse sentido nas suas vidas.

Quando os autores dizem que é o desejo capaz de modificar o *socius*, estão se referindo naturalmente à subjetividade como um dos fatores que conduzem o processo de mudança. A subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida e é socialmente determinada, sendo portanto dinâmica e mutável no tempo. Por isso é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com os usuários, produzindo o cuidado independente da orientação das instâncias gestoras de determinado serviço, bem como há outros que produzem procedimentos em relações sumárias e burocráticas com os usuários, fazendo-os se sentirem desprotegidos nas relações de cuidado. O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo.

¹² Sobre o Trabalho Vivo no processo de trabalho em saúde ver: Merhy, 1997, 2002 (Op. Cit).

Para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz novos desafios, o de reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde, não vai se dar apenas pela excelência técnica, isto é, processos cognitivos que dizem respeito ao modo de fazer saúde, mas será necessário investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como portadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço de saúde que seja centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar pela sua clientela.

A mudança de atitudes e o assumimento de uma nova proposta de modelo assistencial não se realiza de forma tão fácil como parece. Detentores de um saber e práticas tradicionais, que refletem o “modelo produtor de procedimentos”, os trabalhadores de saúde requerem uma desconstrução em nível cognitivo e subjetivo deste projeto que veicularam até então. Isso é possível através de processos de auto-análise, em que eles interrogam suas próprias práticas, colocando em questão seu tradicional modo de agir diante do usuário e na produção do cuidado. Os métodos de intervenção em coletivos para a organização dos serviços de saúde devem considerar essa premissa e buscar conduzir os grupos de trabalhadores a processos auto-analíticos ao mesmo tempo em que constroem um novo sentido para o trabalho em saúde, produzem uma nova forma de se interpretar e relacionar-se com o mundo do trabalho e produção do cuidado. Trata-se no caso de estabelecer fluxos comunicantes entre os diversos sujeitos presentes na cena de produção da saúde, usuários e trabalhadores, associados a uma ideia comum de assistência à saúde, de cuidado, resignificando saberes, atitudes, modos de se relacionar, práticas de cuidado.

Temos observado no experimento com grupos de trabalhadores em serviços de saúde, que algumas ferramentas analisadoras podem ajudar a provocar o efeito da auto-análise em equipes de trabalhadores nos cenários de produção, isto é, relacionando-se com seu processo de trabalho, como por exemplo: o Fluxograma Analisador (Merhy et al, 1997; Franco & Merhy, 2003; Silva Jr. et al, 2003), a Rede de Petição e Compromissos (Franco & Merhy, 2003), tendo ainda a proposta de Matriz de Análise de Conflitos (Cecílio, 2005), o método de co-gestão de coletivos (Campos, 2000). Naturalmente que essas ferramentas por si só não produzem o efeito auto-analítico e transforma os sujeitos, mas associadas a um método de intervenção provocador, dialógico, interativo, construtivista, podem levar a isso,

abrindo a possibilidade de realmente produzir um certo protagonismo dos sujeitos trabalhadores individuais e coletivos, no sentido de constituir um novo processo de trabalho, centrado na produção de um cuidado mais implicado com a defesa da vida no plano individual e coletivo.

Conclusão: produzir o cuidado centrado no usuário para construir uma nova imagem da demanda.

Concluimos esse trabalho sugerindo que um serviço de saúde de novo tipo pode produzir um outro referencial para os usuários, que desconstrua o imaginário que têm sobre o procedimento, dando-lhe a dimensão exata do que é, e resignificando a ideia do cuidado, valorizando sobretudo o trabalho realizado por todos profissionais de saúde e as tecnologias relacionais muitas vezes relegadas em função da dureza do modelo hegemônico e da própria forma como esse modelo está estruturado na cabeça de cada trabalhador e usuário.

Sugerimos assim que as demandas se apresentem adaptadas à forma como vemos um serviço funcionando em uma dada imagem objetivo: processos de trabalho em equipe, multiprofissionais, com centralidade das tecnologias leves onde o trabalho vivo opera com grau máximo de liberdade. Valorização das tecnologias de um cuidado cuidador que procuram produzir nos usuários as práticas de autocuidado e para isto sabem transferir conhecimento e atuar sobre sua subjetividade para que ele opera sua relação com o mundo na lógica da vida, praticando hábitos e cuidados consigo mesmo que evitem o agravo e produzam coeficientes maiores de saúde. Isto significa que é necessário atuar sobre sua subjetividade, para que ele tenha potencialidade suficiente para este agir consigo mesmo.

O que está sendo aqui sugerido é uma desconstrução do imaginário em que o produto/procedimento ocupa um lugar privilegiado na ideia de cuidado, atraindo para si o conjunto de uma demanda e ao mesmo tempo, a construção de uma outra ideia de cuidado, que levaria naturalmente à produção de um tipo de demanda associada ao cuidado à saúde, evitando assim a tensão existente atualmente, fruto da contradição entre o modelo de produção do cuidado, que se propõe e o outro, produtor de procedimentos, como é atualmente.

Para que tudo isso ocorra, como foi descrito no texto, é necessário ter um processo que procure construir novas bases produtivas para a saúde, baseadas no agir cotidiano dos sujeitos, tendo como pressuposto modelos centrados nos usuários, respeitando sua singularidade, atuando como produtores do cuidado integral à saúde.

Referências Bibliográficas.

Baremblytt, G. Compêndio de análise institucional e outras correntes. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Tempos, 1992.

Campos, G. W. S. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

Campos, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O.; É Possível Trabalhar o Conflito como Matéria Prima da Gestão em Saúde?; Cadernos de Saúde Pública; Rio de Janeiro – 21(2):508-516; mar-abr/2005.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F.; O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia; Lisboa-Portugal, Assírio & Alvim, 1966.

FRANCO, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro – 15 (2):345-353; abr-jun/2000.

Franco, T. B.; Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p.55-124.

Malta, D. C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na Rede Pública de Belo Horizonte (1993-1996). Campinas, 2001. (Tese – Doutorado Universidade Estadual de Campinas)

MALTA, D. C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R.; et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998. p.121-142.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde ~ Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte ~ reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

Merhy, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. et al; O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, São Paulo, 2003.

Silva Jr. A. G. Modelos tecnoassistenciais em Saúde ~ o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

Silva Jr. A.G.; Merhy, E.E.; Carvalho, L.C.; Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde; Rio de Janeiro, IMS-UERJ / Abrasco; 2003. p.113-128.

Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores * *

Emerson Elias Merhy

Gostaria de deixar claro que este texto é um ensaio e é devedor de um trabalho coletivo com os profissionais do Cândido Ferreira, Campinas, durante o ano 2003, com quem pude vivenciar muitas situações instigantes, não confortáveis, de como é dura a vida dos que apostam na mudança. Sou devedor também de muitas de suas ideias, que, aqui, sistematizo e agrego novos elementos

□ Muitos dos termos que uso, como alívio, cuidar de cuidadores, são devedores de vários outros com quem venho trabalhando. No decorrer do texto cito partes das fontes, outras ficaram tão minhas também que não as localizo, mas as reconheço como de muitos autores.

Ideias

No seu estudo sobre o trabalho médico no Programa de Saúde da Família, em São Paulo, Angela Capozzolo ¹ teve a interessante imagem do olho do furacão, para representar o que via na promessa deste Programa em ser alternativo e substitutivo ao que chama de modelo médico hegemônico. Considera que este modelo não tem capacidade de operar a produção da saúde, pois está, antes de tudo, comprometido com os interesses econômicos e corporativos predominantes na sociedade, e não com o mundo das necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos.

Sem discordar da visão crítica que, com a sua promessa, nos oferta do modelo médico hegemônico, o que me chamou a atenção, e da qual vou pedir algumas coisas emprestadas para a Angela, é a ideia de que: quem promete ser alternativo e substitutivo de um outro modo de produzir ações de saúde, ou mesmo, quem do seu lugar faz uma leitura crítica das formas hegemônicas de se construir práticas de saúde; só pode estar no olho do furacão.

Não quero com isso copiar os mesmos sentidos desta representação, mas ela nos ajuda a olhar o que, hoje, a rede de CAPS promete no discurso do movimento antimanicomial e no campo das estratégias para a reforma psiquiátrica, no Brasil.

Quem vem propondo, e me parece com muito acerto, que caminhar na constituição de redes substitutivas ao Manicômio é apostar na construção de CAPS, por semelhança, está em um lugar muito parecido daquele que descrevi atrás do estudo da Angela. Pois, entendo que, neste sentido, os CAPS prometem fazer a crítica do mundo manicomial e ser lugar de construção das práticas alternativas e substitutivas.

Reafirmo que as experimentações de construção dos CAPSs têm sido muito produtivas, para gerarem processos antimanicomiais; e, mais, têm de fato melhorado a vida de milhares de usuários destes serviços.

Ousaria dizer que dentre as várias missões que eles comportam, há algumas que têm mostrado a superioridade efetiva destes tipos de equipamentos perante o que a psiquiatria clássica e os manicômios construíram, nestes últimos séculos.

¹ A Angela apresentou este trabalho como sua tese de doutoramento no Curso de Pós em Saúde Coletiva no DMPS/UNICAMP

O fato dos CAPS estarem dirigidos, como equipamentos de saúde, para a produção de intervenções em saúde mental, que se pautam pelo(a):

Direito do usuário ir e vir

Direito do usuário desejar o cuidado

Oferta de acolhimento na crise

Atendimento clínico individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades

Construção de vínculos e referências, para eles e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes

Geração de alívios nos demandantes

Produção de lógicas substitutivas em rede

Matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde

Geração e oportunização de redes de reabilitação psico-social, inclusivas; os tornam, em termos de finalidades, ao mesmo tempo, dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e velhos “hábitos”, e lugares de melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar da loucura.

Por isso, estarem no “olho do furacão” antimanicomial, tornam-os lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios, como venho apontando no decorrer do texto; e ousar dar conta destas missões, gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo.

Neste sentido, estão no olho do furacão e, como tal, os que o estão fabricando devem e podem usufruir das dúvidas e das experimentações, e seria muito interessante que tornassem isso um elemento positivo, como marcador contra os que possam imaginar que ele já é o lugar das certezas antimanicomiais.

Esta última postura, das certezas, carrega consigo um grande perigo. Estar no olho do furacão é atirar um inimigo poderoso: o conjunto dos que se constituíram e constituem o mundo, e um mundo, manicomial. Deste modo, ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas, é eliminar a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental. Com

isso, abre-se o flanco para que aquele inimigo poderoso seja o referencial crítico, fazendo da crítica um lugar da negação e não um campo instigante de cooperação, reflexão, auto-análise e ressignificação das práticas; que, antes de tudo, se propõem produzirem novas vidas desejantes, novos sentidos para a inclusividade social, onde antes só se realizava a exclusão e a interdição dos desejos.

Apostar alto deste jeito, é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, que consigam com o seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzirem mais vida e interditem a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ela ocorra.

Aqui, estou considerando como marcador nobre, um dos eixos nucleares da reflexão, a noção de que o trabalho no campo da saúde mental - que se dirige para desinterditar a produção do desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social -, é de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional; que, em última instância, só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir-se, também, como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização.

Reforço que este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e anti-produtivos, tem que permitir que vida produza vida, implicação última de qualquer trabalho em saúde, enquanto trabalho que opera na sua dimensão tecnológica, centralmente, modos em ato de trabalho vivo, que podem e devem, na minha concepção, adquirir sentido na medida que a sua “alma” seja a produção de um cuidado em saúde dirigido para ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Para quem a vida, como utilidade, faz muito sentido.

Apostar alto deste jeito é se permitir usufruir de ser lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado.

Sempre será uma aposta, em boa medida, experimental, construir novos modos tecnológicos e sociais que permitam o nascer, em terreno não fértil da subjetividade

aprisionada da loucura excluída e interdita, de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas.

Por isso, para todos aqueles que estão implicados com estas apostas, imagino, que mesmo que tenhamos pistas sobre como isso foi feito em algum lugar, como algum coletivo já exercitou e realizou isso, devemos nos proteger de tornar estas experiências em paradigmas e receitas, em guias de nossas práticas; e, sabiamente, considerá-las como pistas, como momentos e lugares para mirarmos, como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nossos mundos concretos.

Proponho entrar nesta aposta de modo crítico, solidário, experimental, impedindo que os inimigos sejam os que façam o nosso questionamento. Façamo-lo entre nós, ampliando, desta forma, nossa capacidade de inventar muitas maneiras de ser antimanicomial. Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir “escutas” do nosso fazer cotidiano para captar estes ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes.

Como regra, ao nos depararmos diante de uma tarefa dessa, voltamos nosso olhar imediatamente para aquele que dá o sentido do trabalho em saúde: o usuário e seu mundo de necessidades e possibilidades; e, com correção, saímos a cata de modos de indicar que o nosso agir antimanicomial está produzindo desinterdição de desejos e inclusão. Entretanto, aqui, gostaria de uma outra viagem, pois entendo que um coletivo, que esteja implicado com este tipo de agir, para ter as capacidades que ele exige, necessita estar re-criando em si, de modo constante, mecanismos de re-produção deste coletivo, que lhe garanta enquanto lugar da vida de seus protagonistas.

Proponho, adiante, olhar para a “máquina desejante” coletivo de trabalhadores de um CAPS, como um lugar que nos estimula a falar do que estou apontando, tanto quanto aquele que analiticamente pergunta o que estamos fazendo com o usuário com o nosso trabalho em saúde.

Refletindo sobre o cotidiano de uma equipe de CAPS. Ofertando ideias

O meu olhar, que oferto nesta reflexão, vem do lugar de quem neste último ano tem se dedicado a “cuidar” de cuidadores. Termo que peço emprestado para Cinira M. Fortuna ², que ao estudar o *modus operandi* de um coletivo de trabalhadores de saúde, em Ribeirão Preto, tratou desta mirada nas suas análises. Pois bem, estou ofertando um olhar deste lugar que venho ocupando junto a alguns coletivos, que operam na saúde mental, em particular na rede de Campinas, vinculado às equipes do Serviço de Saúde Cândido Ferreira..

Dentre muitas coisas interessantes e acertos que os trabalhadores realizam, vi e vejo, também, muitas dificuldades dos trabalhadores para entenderem e resolverem várias questões que estão envolvidas no seu exigente cotidiano, no qual se cruzam distintas e importantes intencionalidades. Entre elas, destaco: de um lado, a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários, muito múltiplos e, facilmente, em estados de crises, têm sobre a equipe; e, do outro, pela presença marcante de um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva, que com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido e nem excluído.

Caminhar nestas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, “pesos” importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árduos, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro.

Não é por acaso, que muitos trabalhadores, em supervisão, falam, como um lamento, da sua exaustão, da sua tristeza, da sua incapacidade de acolher o outro, o tempo todo, e do seu pavor diante das crises dos usuários. E, cobram, exatamente de si, o oposto: o de estar sempre em prontidão e apto, o de estar sempre atento e alegre, o de ofertar escuta a

² A Cinira apresentou esta temática através da sua tese de doutoramento no Curso de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da USP/RIBEIRÃO PRETO

todo momento, que se fizer necessário, e o de tomar as crises como eventos positivos e como oportunidades.

Por estas manifestações serem comum, tão sofridas e dúbias, é que devemos nos abrir para escutá-las. E, neste sentido, é disso que quero tratar, agora. Antes de mais nada, gostaria de propor que encararemos estas situações como lugares de polaridades não excludentes, e, ao mesmo tempo, estas polaridades como constitutivas do “olho do furacão”, no qual os CAPS e seus trabalhadores se encontram. E, assim, como matérias-primas/oportunidades para se pensar, e problematizar, sobre o modo cotidiano como se fabrica, ou se pode fabricar, CAPSs anti-manicômios.

Os paradoxos do cotidiano e o que aprender com eles para pensar a produção dos anti-manicômios

De novo, restrinjo-me ao âmbito dos CAPS, pois poderia tratar da construção de anti-manicômios de uma maneira mais alargada, o que seria bem pertinente pelo fato do manicomial não ser um lugar, mas uma prática social, cultural, política e ideológica. Entretanto, para efeito do que vem sendo dito, até agora, situar-se no CAPS, já é muito.

Partindo do princípio de que só produz novos sentidos para o viver quem tem vida para ofertar, vou procurar pensar sobre uma equipe alegre, que não exaure, que atua na crise como oportunidade.

Neste momento, um outro empréstimo é útil. Spinoza me ajuda a pensar – de forma bem livre - que a vida em produção, como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma destas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isso, tomo este empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegres. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso.

Tomando a alegria como indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde, podemos utilizá-lo também como

analisadora das suas práticas. Não que, com isso, imagino que o coletivo seria um bando de “penélopes saltitantes”, mas que penso o quanto na dobra tristeza/alegria deste coletivo, no seu fazer cotidiano, pode estar algumas chaves auto-analíticas para remetê-lo a uma discussão de seus processos de trabalho e implicações.

Tenho experimentado, isso, com grupos de trabalhadores e me instigado a ideia de que há que se instituir como parte do cotidiano, além das supervisões institucionais e clínicas, arranjos auto-geridos pelos trabalhadores que lhes permitam re-ordenar suas tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, auto-cuidado de si como cuidadores. Arranjos que desloquem, mas os recolquem, do fazer cotidiano que lhes consome em vida e em ato, como se um fosse um ser antropofágico. Situação não difícil de entender em processos de trabalho que se alimentam do trabalho vivo em ato, como qualquer agir em saúde.

Por isso, agrego, sem fundir, a ideia de exaustão ou, melhor, de combustão do trabalhador e da equipe. Aqui, o empréstimo é das linhas de investigação que vêm, no campo da saúde do trabalhador, pensando o seu “burn out” como expressão de processos de trabalho altamente exploradores e alienadores. Isto é, trago como indicador analítico a noção de exaustão do trabalhador, para se agregar ao de alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não produzi-la o tempo todo, exaure. Ou seja, provoca combustão total de sua energia vital.

Poder gerar processos, no cotidiano, que exponham estas questões é permitir que o coletivo pense e fale sobre isso; e, assim, atuar sobre a produção destas situações e estados. Vejo que os trabalhadores, que procuram caminhar por aí interrogam de modo bem produtivo o seu próprio fazer manicomial, interrogam o que lhes entristecem e exaurem, e com estas interrogação abrem oportunidades de se re-situarem em relação a novas possibilidades antimanicomiais.

Ofertando imagens

Imaginem algum trabalhador relatando em um encontro da equipe o sentido de não-vida que adquire ao final de cada dia de trabalho e a exaustão que sente; que, quando sai do serviço ou das atividades, sente um alívio enorme, adquire mais oxigênio e respira melhor; que não sente vontade de voltar no dia seguinte. Imaginem este trabalhador chegando em

um CAPS, encontrando dezenas de usuários que irão participar de várias atividades, algumas das quais ele é responsável; e, de repente, um dos seus 20 casos-referências entra em uma crise séria, na moradia.

Este trabalhador, para dar conta destas tarefas, vai ter que se apoiar na equipe, mas vai também ter que atuar, diretamente, no seu caso-referência, vai ter que acolhê-lo na crise. Vai ter que usar de sua clínica, de suas perspicácias, de suas redes de ajuda. Vai ter que gerar intervenções singulares e novas redes. Vai ter que, e pode, aproveitar a oportunidade que a crise permite para ressignificar o Projeto Terapêutico que vem gerindo em relação àquele usuário. Pode inclusive descobrir novas pistas intersetoriais para criar outros sentidos, para vários de seus casos-referências.

Enfim, vai ter que acolher, escutar, ressignificar, expor-se a vínculos e jogos transferenciais, abrir-se em rede, atuar em linhas de fuga. Vai ter que exercer saberes tecnológicos clínicos, construir redes de encontros entre competências de intervenção, abrir-se para redes intra-saúde, que possam suportar e agregar novos agires tecnológicos, inclusive no momento de uma crise que pode se tornar um sério caso de urgência e emergência. Terá que ter rede de suporte.

Vejam, alguém exaurido e triste, sem alívio, diante de todas estas demandas e necessidades, como é que vai gerar vida, além de ter que produzir novas e inovadoras ações. Este trabalhador, se vier para um grupo que o acolha e se abra para escutá-lo, provavelmente, vai relatar diante disto tudo uma grande sensação de mais exaustão e tristeza. Uma grande sensação de impotência, ou mesmo, vai relatar que só deu conta das tarefas porque não foi antimanicomial, mas sim burocrata do atendimento. Fez o fluxo de atendimento andar, mas não o domina, nem o compreende. Só tocou o cotidiano. Gerou alívios nos outros.

De fato, muito do que tenho visto, a partir de momentos muito parecidos, são equipes relatando o seu medo com as crises, com as urgências e emergências, e o massacre que tem sido, simplesmente, tocar os fluxos de atendimento. Isto tem sido tão significativo, que em uma supervisão concreta alguns trabalhadores chegaram a montar a seguinte imagem, em uma atividade de supervisão: nós geramos alívios nos outros, mas não temos nenhum alívio para olhar e repensar o nosso trabalho; não sabemos se estamos ou não sendo um coletivo/dispositivo anti-manicômio.

E, aí, o desafio que fiz para a equipe - com a qual pude pensar e sistematizar muito do que tem neste texto -, foi o de imaginar as várias possibilidades de produção de uma alegria e um alívio, no cotidiano do trabalhador, implicado com um agir antimanicomial, encarando a produção cotidiana dos seus inversos: a tristeza e a exaustão, para poder criar uma aposta coletiva de desconstruí-las.

Nesta direção, estou sugerindo, além dos eixos alegria e combustão, tomar o foco da produção do alívio produtivo antimanicomial como uma poderosa arma a favor da construção dos CAPS anti-manicômios.

O que isso pode significar? Como imaginá-lo?

Todo processo de trabalho que captura plenamente o trabalho vivo em ato na produção, impede a construção do alívio produtivo pelo trabalhador e a equipe. Dá-lhes grau zero de liberdade para ressignificarem seus atos e inventarem novas possibilidades e sentidos para os seus fazeres produtivos. Organizar CAPSs, que aliviam os demandantes, sem se construir mecanismos descapturantes do trabalho vivo em ato, impede a possibilidade do trabalho em saúde mental tornar-se um dispositivo de intervenção anti-manicômio. O que coloca, como uma grande tarefa, a construção cotidiana de alívios para o trabalho vivo em ato gerar novos caminhos.

Como fazer, isso?

Sem receitas. Creio que cada coletivo deve problematizar, no seu fazer, a implicação com o agir antimanicomial e a construção de tempo real de trabalho, no interior da equipe, dirigindo-o, intencionalmente, para fabricar novos sentidos para o viver do louco e da loucura na sociedade, abrindo novas pistas, em cada lugar onde os CAPS são construídos.

Mas, é possível produzir alívios produtivos no interior da equipe, sem negar que uma das missões seja a de gerar alívios nos demandantes? Será que isso não exige ressignificar o que vimos entendendo como crise/opportunidade e construção de redes de intervenções na urgência e emergência, em saúde mental? É possível abrir mão de apoio em

hospitais gerais? E, onde não existam, os CAPS de “alta complexidade”, para acolher e internar nas crises, resolvem?

Não conheço uma experiência definitiva que dê conta disso, mas conheço bons exemplos que mostram caminhos diversos. Há aqueles que não abrem mão de suporte especializado em hospitais gerais, para a urgência e emergência, o que me parece uma das boas ideias; há aqueles que criam serviços próprios na rede de saúde mental, de uma complexidade distinta para dar conta desta situação; há os que apostam que os CAPS, em si, devem dar conta desta situação; e, assim, por diante.

Uma equipe de trabalhadores dos CAPSs que não possa usufruir de alívios produtivos e de estados de alegria, de forma implicada, não tem muito a ofertar a não ser exaurir para gerar alívios nos outros, como o manicômio já fazia e faz. Há que radicalizar o sentimento deste “bom” medo, em relação às crises, no interior das equipes, e há que compreendê-las como um “dispositivos em rotação”, que ao operarem geram novas formas de cuidado no seu interior, mas agitam e mobilizam os outros, que compõem a rede de cuidados, neste mesmo sentido.

Creio, que ter uma rede bem articulada entre serviços de saúde mental (CAPS), serviços próprios de urgência e emergência (como os SAMUs e PSs) e equipes locais de saúde, seja essencial para dar respostas razoáveis a um dos problemas que mais somam, no imaginário social, a favor da lógica manicomial. Ou seja, enfrentar bem esta situação tem um duplo sentido: de um lado, é uma das chaves para gerar alívio produtivo nas equipes de CAPS; de um outro, ao gerar alívio nos que convivem com loucos, em crise, diminui a pressão para a segregação e exclusão.

A melhor solução encontrada é aquela que se baseia na rede necessária, que dá conta efetiva dos casos de urgência/emergência, sem gerar exclusão e segregação; ao revés, gerando oportunidades de intervenções terapêuticas e trabalhos intersetoriais inclusivos. O melhor é a rede, possível no local ou na região, que consiga impedir a manicomialização e, ao mesmo, não negue a necessidade de gerar alívios nos familiares (ou equivalentes) e nos cuidadores.

O que interessa, em última instância, é a oportunidade de operar novos sentidos para a resignificação das crises, tanto no desencadeamento de projetos terapêuticos, quanto na construção de um conjunto de atividades, em rede, que tragam o usuário para ampliar suas

redes de vinculação, aumentando as chances de produzir contratualização e responsabilização nas relações com os outros.

Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores é vital, neste percurso. Permitem vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vidas.

Construir a alegria e o alívio produtivo como dispositivos analisadores é um desafio para aqueles coletivos sociais que operam no “olho do furacão” e se propõem como geradores de anti-manicomios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ana Marta Lobosque Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos
Editora Hucitec São Paulo
- Angela Capozzolo No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família
Tese de doutorado Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva Unicamp Campinas
- Angelina Harari e Willians Valentini A reforma psiquiátrica no cotidiano Editora Hucitec
São Paulo
- Antonio Lancetti, Gregório Baremlitt et al. SaúdeLoucura 4 Editora Hucitec São Paulo
- Cinira Fortuna Cuidando dos cuidadores Tese de doutorado Curso de Pós Graduação em
Enfermagem EERP-USP Ribeirão Preto
- Emerson Elias Merhy A loucura e a cidade: outros mapas Publicação do Fórum Mineiro
de Saúde Mental Belo Horizonte
- Gregório Baremlit et al. SaúdeLoucura 5 Editora Hucitec São Paulo

As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde

Túlio Batista Franco

*“Nós, os investigadores do conhecimento, desconhecemo-nos.
E é claro: pois se nunca nos ‘procuramos’, como nos
hávamos de nos ‘encontrar’”*

Nietzsche

Introdução

É comum observarmos nas discussões e oficinas de planejamento a proposição de que a gestão estratégica da organização deve se dar por projetos, e sua condução, por coletivos de sujeitos, muito comumente chamados de “colegiados gestores”. Uma leitura

que pode ser feita desse inovador arranjo organizacional é o da ineficácia das estruturas do organograma e o reconhecimento de que a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Podemos observar, portanto, que na sugestão ofertada pelas propostas de planejamento que fogem da matriz normativa há o reconhecimento de que a formação de microrredes no interior da organização é eficaz para a condução dos projetos, colocando em segundo plano o funcionamento com base nas formações estruturais da organização.

Imagino que as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, especialmente nos cenários de produção do cuidado, radicalizam sobre a primeira ideia de trabalho em redes dentro de uma organização. Assim, quando iniciei a reflexão sobre as redes nos serviços de saúde, fui buscar no texto que Deleuze e Guattari escreveram como introdução ao livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), que tem o título de *Rizoma*³, subsídios para pensar a questão. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais vai-se construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo,

³ “Rizoma é um vegetal de tipo tubérculo, que cresce subterrâneo (horizontalmente), mas muito próximo à superfície, e que se compõe essencialmente de uma raiz. Quando o exemplar alcança grandes proporções, é difícil saber quais são seus limites externos; No seu interior, o complexo, digamos, radicular, está composto por células que não têm membrana, e que só podem ser supostas como unidades porque têm núcleos ao redor dos quais se distribuem trocas metabólicas e áreas energéticas. Então, pelo menos no sentido tradicional, o rizoma não tem limites internos que o compartimentalizem. Aquilo que circula nesse interior circula em ‘toda e qualquer’ direção, sem obstáculos morfológicamente materiais que o impeçam”. (BAREMBLITT, 1998, p. 58).

Emerson Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, que nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado e expõe dezessete teses sobre a teoria do trabalho e as tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem (MERHY, 1997 e 2002, p. 46-52).

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

Para ilustrar um pouco essa afirmação, gostaria de lembrar que a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, ainda mais quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêm constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se “inadaptados” aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas,

como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutive.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. (FRANCO, 2003a). “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 21). Pretendemos discutir essas redes na sua constitucionalidade. Procuramos didaticamente diferenciar três níveis de organização das mesmas, sabendo que elas se confundem no plano da realidade.

Uma primeira reflexão que sugerimos é sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde – isto é, elas são constitutivas dos sistemas produtivos, firmando a posição de que a questão em foco é: que tipo de rede há operando em certos processos de trabalho? Ou seja, não questionamos sua existência, e portanto vamos ao ponto seguinte, que é o de analisar e caracterizar as redes.

A segunda questão colocada diz respeito ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho. Nesse ponto faço a opção por um certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Procuro significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

A terceira questão discutida aqui diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente na rede que opera na micropolítica dos processos de trabalho. Esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades. O conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades. Como

isso se dá? Partimos da ideia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos, quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, ele assume diferentes atitudes. É como se essas representações organizassem no sujeito trabalhador um modo específico de ver o mundo e de nele atuar. Isso faz com que os trabalhadores atuem de forma singular, compondo sua atitude, uma certa subjetividade, as representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde e os diversos vetores de formação da realidade presentes no seu cotidiano. Não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a ideia de que “um” são “vários”. Esse tema será mais bem discutido à frente.

A imanência das redes na micropolítica do processo de trabalho

Ao observarmos o funcionamento das redes de cuidado do SUS, verificamos que, entre as diversas unidades, seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar, trabalham comunicando-se mutuamente, em um processo que de longe pode se verificar que é um funcionamento em rede. O mesmo se repete em uma unidade de saúde, onde as diversas micro-unidades de produção têm por sua vez uma inter-relação quando produzem procedimentos que são consumidos pelos diversos usuários que transitam naquele estabelecimento buscando resolutividade para seu problema. Em outro nível, o das equipes e/ou trabalhadores de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que tem grande intensidade na busca da produção do cuidado.

Pela descrição, inferimos que o cuidado se produz sempre em rede e poderíamos dizer de início que há no mínimo três níveis em que estas se articulam intensamente, conforme anunciado acima. Vai-se tornando evidente que as redes são imanentes ao modo de produção do cuidado, seja em que nível ele se articula.

Essa ideia de imanência é particularmente importante, pois nos fala de que sempre haverá a articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades, atuando de modo correlato para fazer com que o cuidado se realize. “Para o institucionalismo (imanência) expressa a não-separação entre os processos econômicos, políticos, culturais (sociais em sentido amplo), os naturais e os desejantes. Todos eles são

coextensivos, intrínsecos e só separáveis com finalidades semânticas ou pedagógicas” (BAREMBLITT, 1992, p. 176).

É relativamente fácil observar que as redes são imanentes aos processos produtivos da saúde. No nível da relação entre as diversas unidades, há a todo momento uma grande articulação entre elas. Existe até mesmo uma cultura de encaminhamento, que se expressa pela normativa da *referência* e *contra-referência*, expressões de larga utilização no SUS. O grau de interdependência é sempre alto também no espaço de trabalho interno a uma unidade de saúde, ou mesmo em uma equipe de PSF.

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas.

O trabalho em saúde se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A imanência das redes nesse processo traz a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

Para verificarmos essa afirmativa, basta observarmos o trabalho de qualquer profissional em um serviço de saúde, tomando como exemplo uma equipe de saúde da

família (ESF), verificamos que há conexões em diferentes direções, que podem vir do agente comunitário de saúde no domicílio, que faz vínculo com a família e fluxos com entidades da comunidade e ainda se conecta à equipe de saúde; assim como podem vir de qualquer trabalhador da equipe ou mesmo dos usuários. Se o profissional da equipe identifica um problema de saúde, ele tem condições de disparar um projeto terapêutico, e vai a partir dele multiplicar sua rede rizomática nos processos de trabalho que virão em seguida, com outros profissionais ou mesmo outros serviços de saúde, sendo essas relações locais ou à distância, pactuadas ou não é fato que elas existem e operam para a produção do cuidado. Em uma UBS ou ESF que tenha o acolhimento como diretriz do processo de trabalho, a equipe de acolhimento faz rizoma com todos os trabalhadores da unidade de saúde, isto é, ela opera múltiplas conexões nas micro-unidades de cuidado, onde há o encontro entre o usuário e o trabalhador, se formam redes com alta capacidade conectiva entre si mesmo e para outras instâncias do amplo cenário de produção.

A ideia de integralidade nos serviços de saúde, amplamente discutida nas coletâneas organizadas por Pinheiro e Mattos (2001, 2003), pressupõe processos em rede para sua efetivação. Pinheiro sugere que a integralidade se realiza como produto da ação social, em dois planos, a saber: “plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços” (PINHEIRO, 2001, p. 65). Concordando com a afirmativa, entendemos que pode haver uma rede que integra os diversos serviços de saúde e uma outra operando na atenção individual. Esta, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com o usuário, configurando nesse cenário uma microrrede de alta potência para o cuidado.

A análise que aqui se faz, da imanência das redes nos processos de trabalho em saúde, supera a polarização do discurso que sugere haver um serviço, que organiza seu processo de trabalho sem redes *versus* um outro que produz o cuidado a partir de processos de trabalho que funcionam em redes. Observamos que todo processo de trabalho em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, tragicamente normativos na organização do trabalho. A questão central é pensar o perfil que assumem as redes constituídas no cenário de produção da saúde. Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo

velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se as suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

Redes são conexões e fluxos: as redes rizomáticas no trabalho em saúde

Já mencionei no início deste texto o conceito de rizoma e sua aplicação à ideia de redes. Os trabalhadores da saúde em atividade, através do trabalho vivo em ato, fazem rizoma, operando com base em fortes conexões entre si, onde a ação de alguns complementa a ação de outros e vice-versa. Há um dinâmico e rico cruzamento de saberes e fazeres, tecnologias, subjetividades, e é a partir desta configuração do trabalho, como um amálgama, que os atos de saúde se tornam produtivos e realizam o cuidado.

Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros – o processo produtivo é altamente relacional. As relações se dão a partir de pactuações que ocorrem entre as equipes de saúde, que podem ser explícitas ou não, e são resultado de tensões e conflitos que se produzem no ato de constituição da gestão do cuidado ou podem se formar a partir de acordos constituídos harmoniosamente; o fato é que não há um pressuposto de como o pacto relacional é dado. Admitimos a ideia de que os fluxos-conectivos nas relações que operam a micropolítica do processo de trabalho podem

se dar até mesmo sem um pacto, mas apenas por fluxos de alta densidade capazes de operar vias comunicacionais na dimensão do simbólico e subjetivo, e não necessariamente verbais e cognitivas.

Essa alta densidade relacional se organiza como intrínseca à micropolítica do processo produtivo da saúde, sendo portanto constitutiva do mesmo. Na composição técnica do trabalho, uma menor densidade de tecnologias duras, associada a uma maior presença das tecnologias mais relacionais, abre inúmeros espaços relacionais que são dados pelos atos de fala, escuta, olhares e toque, em que os sentidos operam junto com os saberes. Isso sem dúvida impacta o grau de resolutividade das ações assistenciais e de cuidado.

Para a intervenção sobre o mundo das necessidades dos usuários, será sempre necessário o trabalho de vários profissionais operando em rede, para resolver os problemas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde. As ideias que associam a densidade tecnológica (tecnologias duras) à alta complexidade dos serviços de saúde, e ao mesmo tempo o uso dessas tecnologias nos projetos terapêuticos, à qualidade do cuidado que se oferece ao usuário, o fazem porque têm um pensamento centrado em uma certa “produção imaginária da demanda”, isto é, na representação simbólica de que essas tecnologias atuam sobre os “campos de necessidades” (CECÍLIO, 2001) dos usuários com alta resolutividade. Mas observamos que, na verdade, esse tipo de pensamento cria uma ilusória imagem dos processos produtivos (FRANCO; MERHY, 2005). Visto de um outro ângulo, o trabalho centrado nas tecnologias mais relacionais, tratam de conexões que fazem entre si os trabalhadores, é de alta sofisticação e exige uma grande energia a operação deste processo de trabalho. Aqui o trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes-fazer de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação. Tudo isto impacta as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde.

As redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes, práticas, semiótico e subjetivo. Em certas situações é possível perceber redes em que estão presentes cenários de práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de fluxos-conectivos; e ao mesmo tempo, no mesmo cenário, redes rizomáticas operando subjetividades desejanter em alta potência com o

trabalho vivo em ato. Por essa constatação, pode-se perceber o quanto é diverso o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde instituído e instituinte estão presentes, significando processos de permanente disputa. Isso é particularmente mais forte em momentos de mudança, que sugerem sempre períodos de transição entre *o velho* e *o novo*, quando os cenários se confundem na sua conformação. Mesmo em situações de aparente estabilidade institucional, é possível perceber movimentos de mudanças no interior do processo de trabalho, que podem mexer com perfil das conexões e fluxos exercidos em certa rede de cuidados.

Imaginar as redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho como rizomáticas significa pensá-las como algo que opera através de linhas de cuidado que dão seguimento a inúmeros itinerários terapêuticos, que atravessam determinada equipe ou unidade de saúde. Essa imagem expressa a ideia geral de múltiplas conexões, realizadas fora de um eixo estruturante. Assim imaginamos que as redes rizomáticas combinam com a ideia de um serviço de saúde centrado na ética do cuidado, operando as tecnologias relacionais como o centro nevrálgico da atividade produtiva.

Auto-análise e autogestão na configuração das redes de cuidado

O processo de trabalho em saúde tem como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho. Estes operam a partir de certa singularidade, isto é, um modo específico de ser e atuar no mundo. Assim a singularidade revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares na saúde. Singularidade na ideia articulada pela esquizoanálise vem dizer respeito ao fato de que o sujeito não é *uno* – melhor dizendo, não há sujeito, mas sujeitos singulares, porque cada um atua conforme representações simbólicas que definem o modo de agir em determinado tempo e lugar específicos “*Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente*” dizem Deleuze e Guattari na abertura do livro já citado, *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (1996). Quando os autores falam “cada um de nós era vários”, dizem da inexorável desventura de acessarem campos simbólicos diferentes, como referenciais na construção da sua atuação no “mundo da vida”. Cada pessoa, no caso o sujeito trabalhador, pode ser vários. A singularidade pode fazer com que certos sujeitos trabalhadores atuem de forma solidária e harmônica com

certas equipes; mas por outro lado, podem atuar de forma diferente e até antagônica em outras. Ou seja, simbolicamente as equipes têm representações diversas que fazem com que ele acione certas atitudes, conforme esse referencial simbólico.

A gestão das redes que constituem a produção da saúde é feita pelos seus próprios protagonistas, o que lhes dá um caráter autogestionário. A autogestão é possível no caso da saúde, justamente porque aqui o trabalho vivo em ato tem forte presença nos processos produtivos, operando sobre altos graus de liberdade (MERHY, 2002). Isso faz com que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outros trabalhadores e disparar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que vai se esboçando a partir daí. A possibilidade de captura dessa rede depende do grau de sujeição que os próprios trabalhadores se impõem, pois o trabalho vivo em ato lhes dá grande possibilidade de criação e invenção na ação cotidiana de produção do cuidado.

O conceito de *autogestão* está associado a um outro, de auto-análise, que significa o “processo de produção e re-apropriação, por parte dos coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmos, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 1996, p. 156). Esse conhecimento de si, contextualizado na realidade na qual o sujeito está inserido, dá a ele a potência de intervir sobre o mundo para a realização dos seus desejos, que podem estar associados à construção de uma realidade, que seja de produção de serviços solidários, acolhedores, que estabeleçam vínculos e se responsabilizam pelos usuários.

A *auto-análise* pode exercer a função de inibir a captura dos coletivos-equipes, valorizando seu próprio conhecimento, suas iniciativas e capacidade criativa, retornando a esses coletivos uma capacidade que geralmente lhes é tirada pelo aprisionamento que a normatização do mundo do trabalho lhes impõe. O pior das amarras normativas é a anulação do desejo. O desejo é visto aqui não como a energia que provém da libido e tem por objetivo a realização de uma falta, conforme nos informa Freud, ao discutir a tese do “complexo de Édipo”. Significa uma energia originária do inconsciente com alta potência produtiva, que coloca os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos instituintes. “O desejo é o que anima um processo que não é próprio de uma instância,

sistema ou território do sujeito, senão da realidade mesma e de sua realização” (DELEUZE; GUATTARI *apud* BAREMBLITT, 1998). O autor vem nos dizer que o desejo pertence ao campo de produção da realidade, responsável pela criação do novo, isto é, os processos de mudança se inscrevem em uma produção desejante, que é ao mesmo tempo movida por um desejo produtivo. Desejo e produção são imanentes um ao outro (BAREMBLITT, 2004).

Estimular os coletivos, isto é, as milhares de equipes de saúde, é procurar torná-los, nesse processo, sujeitos desejantes, capazes de atuar no mundo conforme os preceitos de um projeto de mudança, pautado pela ética do cuidado, em condições de revolucionar o que se impõe atualmente, como uma realidade que vive na repetição. Os grupos e coletivos-equipes têm potência para mudar a realidade, desde que adquiram capacidade auto-analítica e autogestionária. As redes que operam centradas no trabalho vivo são autogestionárias, ou seja, têm seus fluxos conduzidos pelos próprios sujeitos que fazem as conexões para o seu funcionamento.

Conclusões

A conclusão vem ao encontro da caracterização de uma rede na saúde, de caráter rizomático como a que foi discutida neste texto, uma rede que opera na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo em ato como elemento central nessa atividade produtiva. Ela teria as seguintes características.

1ª. Conexões multidirecionais e fluxos contínuo

Qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, isto é, a lógica da rede não deve ser a mesma da matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas acontece pela ação dos trabalhadores no cotidiano, quando se colocam em relação com os outros, operando a todo tempo na alteridade. Esse agir na micropolítica do processo de trabalho pode estar sintonizado na ideia de produção do “cuidado cuidador” e está articulado a uma forma de trabalho centrada sobre o mundo das necessidades dos usuários. As redes se formam em certos sentidos sobre uma suposta linha de cuidado, que é

expressão de projetos terapêuticos, isto é, do conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003b).

Os campos simbólicos, acessados pelo sujeito trabalhador, podemos assim dizer, são um primeiro vetor de organização da ação do mesmo para a produção do cuidado. Outro vetor é a subjetividade que se manifesta na ação desejante de cada um, que opera sobre o mundo do trabalho em saúde. O plano simbólico e da subjetividade aplicados à produção do cuidado são constitutivos das tecnologias mais relacionais.

O simbólico pertence ao mundo do *conhecer*, isto é, saberes, cultura, valores, história, artes, linguagem e às *n* expressões da realidade, difíceis de enumerar tal sua magnitude. A subjetividade pertence ao mundo do *ser*, o que não é necessariamente sabido, mas extremamente expressivo na produção do *socius*, que no caso da saúde é expressão do meio social de trabalho e produção que para o sujeito trabalhador é repleto de significações.

2ª. Heterogeneidade

Uma rede rizomática pressupõe conexões com os diferentes, pois o mundo que articula o campo da saúde é por si só heterogêneo, permeado por relações de poder, sistemas sociais de produção de subjetivações, e essa complexidade do “mundo da vida” se expressa em diferentes modos de compreender a realidade e de nela atuar.

A heterogeneidade pressupõe capacidade de convivência, pactuação, manejo de conflitos e alta capacidade de auto-análise, pois é mais difícil e complexo lidar de forma produtiva com o diferente do que com o igual. Esse esforço é importante para a rede não operar na antiprodução, mas manter-se ativa na superfície de produção em relação à realidade.

3ª. Multiplicidade

As redes rompem com a ideia de uno, ou seja, uma direção, um sujeito, uma diretriz, etc., articulam a de múltiplo. Isso pressupõe suportar diversas lógicas, podendo operar sobre lógicas que são determinadas pelas representações simbólicas e a subjetividade que determinam as singularidades dos sujeitos.

O princípio da multiplicidade é associado à ideia geral de não-exclusão, podendo cada um fazer conexões em várias direções e muitos outros sujeitos que estão também operando no interior desses fluxos. A diversidade multiplica as possibilidades de fluxos-conectivos, o que permite a linha de cuidado se realizar.

4º. Ruptura e não-ruptura

A rede, quando se rompe, consegue se recompor em outro lugar, refazendo-se. Uma rede pode se romper, mas se encontra com outras conexões ou mesmo é capaz de produzir novas, como se tivesse vida própria que lhe garantisse atuação suficiente para sua auto-realização. Uma ruptura em certo lugar pode significar abertura de linhas de fuga para outros sentidos não previstos anteriormente. Isso significa uma alta capacidade de produzir a si mesmo, que é próprio das redes rizomáticas.

5º. Princípio da cartografia

As conexões vão produzindo mapas através dos fluxos nos quais transita a ação dos sujeitos singulares que aí atuam. “O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 22).

A cartografia que se produz é aquela do trabalho vivo em ato, que é como um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Referências Bibliográficas:

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

_____. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.

_____. *Psicoanálisis y esquizoanálisis: um ensayo de comparación crítica*. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo, 2004.

CECÍLIO, L.C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 113-126.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia* (v. 1). Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

_____. *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1966.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: _____. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 161-198.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003b.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. *et al.* (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2004.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho¹

Túlio Batista Franco.

Introdução: liberdade como potência para o cuidado em saúde

O que pode um trabalhador da saúde? Tudo (enquanto potência).

A questão acima parece estranha, e a resposta causa maior estranhamento ainda, aos olhos dos que fazem a gestão do trabalho de forma exclusivamente administrativa, ou seja, pautando a gestão por estruturas de mando, diretrizes prescritivas sobre o modo de organização do trabalho e sua atividade produtiva. Mas sob outro olhar, o da ação cotidiana do trabalhador, no seu micro-cosmo, o espaço social de trabalho no qual ele opera sua micropolítica, ou seja, as relações, o modo de agir, o jeito de manejar os casos em que atua, a singularidade com que interpreta as muitas situações no seu trabalho e as atitudes específicas de interagir com este ambiente e os outros neste mesmo espaço, pode perceber

¹ Versão revisada do texto “Gestão do Trabalho em Saúde Mental” publicado on-line pela X Conferência Nacional de Saúde Mental -2010.

que esta forma de olhar traz novos e espetaculares dados para compreender porque o trabalhador “pode tudo”. O trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, sim, liberdade porque é ele mesmo, o sujeito-do-trabalho quem define o modo de organização do seu processo produtivo, isto é, a produção do cuidado. E sendo livre no ato de governar seu próprio processo de trabalho, mais uma vez, o trabalhador pode tudo. Ele pode usar a liberdade para fazer um cuidado-cuidador ou para cuidar de forma sumária e prescritiva. Mas é com base na liberdade de agir que ele faz, e o faz conforme sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado em saúde, as verdades que ele constitui para si mesmo.

E de onde vem esta liberdade? O pressuposto é de que ela vem da natureza do trabalho em saúde, que é um trabalho sempre relacional e por isto mesmo, trabalho vivo em ato como sugere Merhy (2002). Pois é do trabalho vivo, desta forma matriz inicial que caracteriza o trabalho em saúde, que vem a liberdade de atuar, de fazer, de produzir os muitos atos assistenciais que têm por produto final o cuidado, seja ele acolhedor ou prescritivo; singular ou serializado. Estas características o trabalhador vai imprimir ao seu modo singular de trabalhar em saúde.

O que importa neste primeiro argumento do texto é instituir a idéia de que o trabalhador é livre para na relação com o outro, decidir sobre o seu processo de trabalho, e a liberdade lhe dá a condição de produzir o cuidado da forma como lhe convém, ou seja, no momento do seu encontro com o usuário ele decide sobre o processo de trabalho, agenciado pelos afetos do próprio encontro. Sendo assim, liberdade é a palavra mágica, substantivo do qual o trabalhador vai tirar todo proveito, por um lado, com o fim de acolher, estabelecer vínculo, se responsabilizar; ou por outro lado, quando encaminha um cuidado burocrático, meramente prescritivo. Ou mesmo ele pode em momentos diferentes fazer uma coisa, e outra, não há a priori um modelo de trabalho no cuidado em saúde a ser seguido, as práticas em saúde acontecem conforme o próprio trabalhador produz este acontecimento, ou seja, sua subjetividade que é dinâmica, opera produzindo o cuidado também com as variações que este sujeito sofre, na sua relação com o mundo do trabalho.

Quando menciona o aspecto da liberdade do trabalhador, em geral sou questionado sobre esta questão no seguinte aspecto: mas a gestão tem suas normas, portarias, regras, protocolos, que definem o comportamento a ser adotado pelos trabalhadores, formas de

padronizar seu trabalho, isto não lhe tira a liberdade? Eu diria que a gestão tem forma de disciplinar os trabalhadores, e o trabalhador usa da sua liberdade inclusive para se deixar capturar e disciplinar seu modo de agir. Estas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar, mas que ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido. E a gestão tem instrumentos reais ou simbólicos que atuam “enquadrando” os trabalhadores. Tudo isto é verdade. Estabelece-se então uma tensão que é imanente ao trabalho em saúde, onde de um lado a liberdade de agir se manifesta, e de outro as formas de captura do trabalho vivo. Convive-se o tempo todo com esta tensão o que resulta em processos de trabalho às vezes mais criativos, livres, que operam por fluxos entre os próprios trabalhadores e usuários, e com formas mais rígidas de controle dos mesmos. Os fazeres, as práticas de cuidado, vão assumindo assim configurações diferentes em espaços e tempos distintos. Esta é a dinâmica do trabalho em saúde, que parece paradoxal, mas na verdade é o contraditório que se instala como elemento da realidade e inerente ao trabalho em saúde.

Liberdade e captura vão atuar simultaneamente, e se inscrevem no sujeito-trabalhador da saúde, formando sua subjetividade nômade ou aprisionada. A subjetividade nômade está sempre no meio, é dinâmica e se expressa por um acontecendo, sempre em movimento, sem se inscrever a um pólo fixo de conceito prévio sobre a saúde, o usuário ou trabalho, e portanto ela é criativa, é capaz de um agir-libertário. O nômade se conecta às subjetividades estranhadas dos usuários, à diferença, se associa a elas e produz sujeitos-diferentes no mundo, mas um mundo capaz de assimilar esta diferença enquanto singularidades em um conjunto que é múltiplo e portanto formado por todos. A subjetividade capturada vai repetir as práticas serializadas de sempre, de forma burocrática considera o usuário como mais um de um conjunto, padronizado. Ela se fixa em um pólo conceitual, prévio, e institui verdades a priori, não considera a potência do outro, do contraditório no processo relacional que se estabelece entre sujeitos trabalhadores e usuários. A relação é de captura, controle e o cuidado que aí se produz é fixo, regular, protocolar.

O que vamos observar portanto é que, há uma produção subjetiva (Franco, 2009), que opera fortemente com base no trabalho, núcleo central da realização do cuidado e suas

derivações para o mundo da vida como atividade humana, e por isto, traz em si a potência da criatividade, inventividade; ou, pode se deixar capturar pelo aparato instrumental que cerca toda atividade de cuidado em saúde.

Esta produção subjetiva opera em primeiro lugar, deslizando sobre o trabalho vivo, ele funciona como uma plataforma na qual os sujeitos-trabalhadores vão produzindo cuidado, nas relações com outros profissionais e os usuários. Mas esse movimento não se dá por inércia, o trabalhador sofre a força de uma energia propulsora que vem de si, a qual denominamos desejo ou vontade, que age como força, mas é uma força com leveza pois faz o trabalhador deslizar no seu trabalho de cuidado, como um surfista desliza e maneja seus instrumentos e saberes para desenhar trajetórias curvas sobre uma onda. O trabalhador atua assim, ele vai desenhando o cuidado, como trabalho artesanal, e operando seus processos de escuta, os atos de fala, a clínica analítica, ou peripatética, ou na dos afetos, impulsionado pelo desejo de fazer o cuidado, e dando-lhe características próprias, singulares, onde se inscreve sempre seu manejo de situações, que é singular.

Esse movimento vai acontecendo com base nos encontros necessários para a produção do cuidado. Encontros estes com outros trabalhadores, porque o trabalho é sempre em rede; com os usuários, o destinatário das ações de cuidado; mas também com outros equipamentos de cuidado, as normas e protocolos, os saberes estruturados. O cuidado em saúde ocorre por trabalho que se dá em fluxos de conexões, este é o aspecto fundante da ideia de redes rizomáticas que atravessam as linhas de cuidado. Estes fluxos são desenvolvidos pelo próprio trabalho, dependente do trabalho vivo e do protagonismo destes sujeitos nos cenários de cuidado. Estes aspectos, que são da subjetividade presente nos encontros por onde ocorre o trabalho, vão nos informando que há uma dimensão subjetiva na produção do cuidado, e é necessário considerá-la sempre que se estiver discutindo gestão do trabalho em saúde.

Gestão Do Trabalho a Que Tem a Potência de Tudo Fazer

O desafio da gestão do trabalho em saúde, portanto é colocar a “potência andante” que é o trabalhador, a serviço do cuidado em saúde, de um projeto técnico-ético-político associado á idéia de produção de sujeitos plenos na diferença de ser; ao conceito de

autonomia para produzir sua própria vida; à alta potência vital para a produção de vida em si mesmo – autopoiese. Enfim, tendo como pressuposto de que, no plano da sua ação cotidiana, micropolítica, o trabalhador é livre para governar seu próprio processo de trabalho, livre até para se deixar capturar como dito anteriormente. A gestão do trabalho tem necessariamente de considerar que, seu projeto para o cuidado em saúde será viável, se for também um projeto do próprio trabalhador, mas não apenas como saber inscrito no seu lado cognoscente, mas como signos inscritos na sua subjetividade.

É nesse ponto principalmente que os gestores do trabalho erram, pois estão acostumados a ditar normas, trabalhar por protocolos, e prescrever aos trabalhadores o que devem ser suas práticas, e assim acreditam que isto por si só garante que os projetos de organização das redes de cuidado se viabilizem. Mas isto apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas. No plano do trabalho cotidiano, e na relação de cuidado, o trabalhador opera novos dispositivos aos serviços de saúde, muda as práticas, aciona novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto do seu desejo de fazer. E para se conseguir isto em cada um, é necessário pensar que, formas de intervenção em serviço, para a reorganização dos seus modelos produtivos do cuidado, dos processos de trabalho, requerem um método que considere a dimensão subjetiva de cada um, sua imersão no seu próprio micro-cosmo de produção do cuidado em saúde. A construção de novas práticas só se faz a partir de processos auto-analíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída, para no lugar produzirem-se novas possibilidades de cuidar. Processos de Educação Permanente, por exemplo, quando consideram que a aprendizagem significativa parte de fragmentos do cotidiano, dos cenários de práticas, e encerra seu ciclo neste lugar de trabalho, modificando-o, é uma proposta que vem de encontro ao que estamos propondo: a formação de novos saberes associada a um processo de subjetivação.

Produzir Bons Encontros na Gestão do Trabalho em Saúde .

A potência do trabalhador agir no cuidado em saúde se dá com base nos encontros que realiza, na sua andança pelo mundo do trabalho. Os encontros segundo Deleuze, citando Espinosa (2002) podem aumentar ou reduzir a potência de agir no mundo. Segundo

o filósofo, todo corpo quando encontra outro tem a capacidade de afetar-se mutuamente. Por corpo entende-se todo objeto que nos afeta, seja outro sujeito, as instituições que regulam a vida em sociedade, as normas do trabalho, a gestão, etc... Os encontros entre os corpos são marcadas pela capacidade de afetamento, onde um produz no outro “paixões alegres” ou “paixões tristes”, segundo os fluxos de intensidades que circulam entre os corpos, na relação entre eles. Algo que acontece no plano sensível, da percepção, e portanto não seria visto, apenas sentido, mas que afeta fortemente estes mesmos corpos na sua potência vital. Sendo assim, um encontro que produz tristeza, reduz a potência de agir para o cuidado, o sujeito se torna produtor de morte nele mesmo, é o caso de situações em que o usuário “esquece” de tomar o medicamento, não se cuida, não procura ajuda. O contrário, se o encontro produz alegria, ele aumenta a potência vital, é o caso em que o usuário produz vida em si mesmo, fazendo auto-cuidado, procurando interagir com o mundo, socializar-se, ser produtivo, enfim, age no mundo com base em iniciativas de produção de si como sujeito.

Para o cuidado em saúde é necessário que os trabalhadores produzam bons encontros entre si, com o usuário e sobretudo com a gestão. É fundamental que este trabalhador tenha bons encontros junto ao mundo do trabalho, em específico com a gestão, que é um corpo concreto e simbólico, que pode operar em um polo paranoide, criando um ambiente persecutório nas relações de trabalho, ou em um polo esquizo, o da criação, invenção, lugar dos processos instituintes e ricos em subjetivações. Tudo isto atravessa o ambiente de produção do cuidado em saúde. Em geral, a então chamada gestão da saúde, o que na verdade é a expressão do estado-regulador no seu ato de governar os serviços assistenciais, tem atuado no campo do trabalho, no sentido de produzir entre os sujeitos que aí estão, os trabalhadores, “paixões tristes”. O que isto significa? Significa que este estado-regulador ao conduzir um tipo de gestão que não produz as condições ideais de trabalho, segurança, conforto, perspectiva de futuro, opera na sua relação com os trabalhadores produzindo tristeza, e esta tem sido a marca da gestão do trabalho na saúde, quando não prioriza o que são questões fundamentais para o cuidado do cuidador, produção de bons encontros. Estes poderiam estar vinculados com a ideia concreta de carreira profissional, remuneração suficiente para o bem-estar, Educação Permanente que possibilita análise e auto-análise do trabalho e da vida no SUS, trabalho multiprofissional e em redes, formas de

participação colegiada, liberdade na condução do seu processo de trabalho e no cuidado em saúde, linhas ativas de liberdade e utopia ativa. É como que se fosse necessário para que o estado, no seu ato de governar, produzisse no outro a redução da sua potência de agir, ou seja, o estado vive de produzir paixões tristes, é o modo singular de manter o controle sobre os movimentos próprios da atividade humana, em específico neste caso, sobre o trabalho em saúde.

Enfim, é necessário por parte da gestão o reconhecimento de que no cuidado em saúde o trabalhador opera com sua subjetividade, até mesmo para manejar os instrumentos e protocolos. Este aspecto, pouco reconhecido pelos gestores, é de fundamental importância, pois vai se refletir fortemente no campo social que se circunscreve em torno da atividade do próprio trabalhador.

Há muito a gestão do trabalho tem sido o centro de grandes debates, sobretudo porque como se sabe, é uma questão em aberto no SUS, ou seja, os trabalhadores são em geral equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e cuidado com suas caixas de ferramenta adquiridas na formação, e sobretudo na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isto é que vai marcando sua atividade. Por isto mesmo, a forma como ele significa o seu lugar de trabalho, o cuidado e as relações produtivas no campo da saúde vão definir em muito a sua forma de agir.

O que se discute portanto é a necessidade de integração do trabalhador aos processos de formulação da própria política de gestão do trabalho, reconhece-lo no seu protagonismo e saber sobre o trabalho em saúde. Esta é a possibilidade que se tem de ativar novas possibilidades, e novos possíveis na relação com os trabalhadores, trazê-los para a ação instituinte, operando com a energia e criatividade do próprio trabalho. Ativar as potência é produzir bons encontros, isso vale para todos dispositivos de contratualização, em especial a educação permanente tem sido uma ferramenta fundamental para tornar produtivas as subjetivações em curso nos coletivos de trabalhadores.

É possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo, é possibilitar que o trabalhador produza no outro, os que com ele se relacionam, alta potência vital, formando

assim uma cadeia de intensidades que em fluxo age com linhas de força na produção ilimitada das subjetividades. Para os usuários, isto se insere como cuidado em saúde, na medida em que esta potência vital é revertida para potência de ser, e autopoietica, isto é, o usuário passa a produzir vida em si mesmo.

Manter os trabalhadores com alta potência para agir no mundo do cuidado em saúde, eis o desafio para a gestão do trabalho.

Referências Bibliográficas:

- Merhy, Emerson Elias. Saúde: cartografias do trabalho vivo. Hucitec: São Paulo, 2002.
- Deleuze, Gilles. Espinosa, filosofia prática. Escuta: São Paulo, 2002.
- Franco, Túlio Batista et al (orgs.). A Produção Subjetiva do Cuidado. Hucitec: São Paulo, 2009.

Engravitando Palavras: o Caso da Integralidade

Emerson Elias Merhy

Pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar
é o método, o resto são ferramentas.

1. Introdução

Este texto é devedor da minha fala no Congresso da Rede Unida, que ocorreu em Belo Horizonte, em julho de 2005, e para o qual fui convidado para dar uma conferência sobre integralidade na formação e nos serviços de saúde. Vinha já atuando nesse evento desde as oficinas pré-congresso e estava bem estimulado, pelo coletivo da oficina, a tratar do tema das nossas implicações no cuidado, que fazemos como trabalhadores de saúde, apontando para a necessidade de colocar em xeque o lugar de onde falamos e atuamos: os núcleos das profissões. O interessante disso é que, no meio dessa conferência, houve quem me interrogasse sobre essa questão, como um incômodo ou mesmo uma impossibilidade para ousarmos outros modos de agir em saúde. Sem querer dar conta de tudo que isso possa significar, neste material, procuro dialogar com essa situação.

2. Desenhando o Problema

Talvez uma das piores coisas que podem nos acontecer é fetichizarmos as palavras, como se elas pudessem em si ser portadoras de sentidos e significados sem os sujeitos que lhes dão recheio. Nós é que engravidamos as palavras.

Não sou tão ingênuo de imaginar que, neste ato de engravidamento, os sujeitos não tenham já posições tomadas, sejam culturais, políticas, ideológicas, entre várias. Mas o que destaco aqui é que, ao reconhecermos que nós é que engravidamos as palavras, podemos olhar para o nosso processo de inseminação. Podemos com isso desfetichizar as palavras de sentidos e significados, colocando-nos o desafio de ir atrás de novas possibilidades.

Essa é uma das questões que quero tratar neste texto, em particular considerando que, com muita facilidade, no caso da integralidade – que procura expressar uma categoria analítica para o pensamento, com a intenção de ser portadora de uma formulação de mudanças radicais, para as ações em saúde –, adotamos a postura de que a palavra é portadora de sentidos e significados por si e que basta adotá-la, no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores. Não é assim.

Somos testemunhas, no dia-a-dia dos nossos serviços, que são muitos os que falam em integralidade e que isso não, necessariamente, significa que sejam protagonistas de novas práticas de saúde. Ao contrário. Na maioria das vezes a integralidade está sendo capturada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais, bem corporativo-centrados.

Os modos atuais de se produzir o cuidado em saúde, a partir dos territórios nucleares das profissões – que podemos chamar de modelos médicos hegemônicos, pela força representativa que essa categoria profissional tem como expressão dos paradigmas dominantes, nas maneiras de se construir atos de saúde –, têm tido a força de capturar várias categorias analíticas, dispositivos do anúncio de novas práticas e torná-las grávidas de outros sentidos. O conjunto das práticas centradas em procedimentos profissionais, na saúde, tem expressado esse tipo de ação hegemônica.

Não é estranho assistirmos a movimentos corporativos centrados, que reconheçam perdas de efetividade nos seus territórios de ações tecnológicas, produtores de cuidados em saúde, e que propõem soluções para esses problemas. Veja o caso da busca de construção de uma medicina integral, que vem sendo elaborada desde o pós-Segunda Guerra Mundial.

Não que não haja questões interessantes apontadas por esse movimento, mas olhemos pelo lado da captura que aponte. Ao reconhecer que o campo de práticas da medicina estava devendo em resultados o que prometia – ou seja, cuidar globalmente do outro nas suas necessidades de saúde; e, identificando isso com a perda de várias dimensões tecnológicas da ação médica – esse movimento procurou adjetivar a medicina a ser feita: medicina integral. Mas, com isso, fez outra intervenção interessante: tornou a idéia de integralidade uma categoria que passou a fazer sentido no interior do modo médico de agir. E, com isso, uma prática que só faria sentido a partir de um ato centrado no agir de um profissional de saúde.

Capturou seus sentidos e significados no campo nuclear das profissões. Engravidou a integralidade de um paradigma já dado: a perspectiva biologicista da medicina hegemônica. E não podemos dizer que só os médicos fizeram e fazem isso, pois, com um olhar atento, vemos que esse é o movimento realizado por todas as profissões de saúde, universitárias ou não.

Olhar para isso e poder perceber que esse é o modo mais comum de se fazer uso das apostas na integralidade pode nos posicionar em relação aos nossos próprios modos, individuais e coletivos, de encher as palavras de sentidos e significados, posicionando-nos em relação ao nosso próprio agir, como uma pororoca¹. Saindo do nosso território já dado e abrindo-se para novas possibilidades de engravidamento. Indo atrás de novos objetos e modos de produzir o cuidado que invadam o nosso agir a partir do núcleo profissional, tornando-o lugar comprometido com a construção de um cuidado em saúde que vê no outro o olhar a ser emprestado. Reconhecendo nesses atos a presença de nós mesmos e abrindo-se para novas ressignificações, como atos de inseminar palavras, vendo-se também como seu parceiro. Implicando-se com isso.

Esse processo só pode ser um ato coletivo no mundo do trabalho, mesmo que seja no plano individual que façamos ressignificações, enquanto sujeitos morais.

3. O Mundo do Trabalho é uma Escolaⁱⁱ

Olhar para o dia-a-dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se engravidam as palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da nossa própria curiosidade, vendo-nos como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado.

Na saúde tomo isso como um imperativo categórico. Como algo que devemos não só desejar, mas do qual não podemos fugir. Pois, diferentemente de outros processos produtivos, na saúde, o trabalhador a qualquer momento poderá ser seu próprio usuário. Imperativamente, quase que de modo obrigatório, terá que sempre se ver diante do fazer de si mesmo, porque mesmo inconscientemente tem que responder para si se seria um usuário do que está fazendo com o outro.

Já é sabido por muitos de nós que há trabalhadores que passam dezenas de anos fabricando certos produtos – como, por exemplo, uma bicicleta – e que não sabem utilizá-los, ou mesmo que não lhes são úteis para nada. Não se vêem como possíveis usuários dos produtos de seus trabalhos. Porém, na saúde isso é impossível. A qualquer momento, no interior do próprio processo produtivo, um trabalhador pode passar de um território situacional para outro, ou seja, pode sair do lugar de trabalhador para o de necessitado imediato da produção de atos de saúde. E, como tal, sabe se o que está fazendo enquanto trabalhador é ou não carregado de ofertas significativas para o outro que o busca.

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para tornar essas intencionalidades e implicações elementos explícitos, a fim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar essa potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é uma escola. É lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades

e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações. O que é isso, então, na saúde?

A produção de um ato de saúde, para ser concretizada, deve construir certas situações como seu objeto de ação e, como tal, opera um ato tecnológico, ou seja, um ato comprometido com a realização de um certo produto. Um ato direcionado para isso. Um ato que desde o começo já é finalístico, porque visa a produzir um produto: o ato de saúde sobre um objeto qualquer.

Dependendo do paradigma de cuidado em foco esse ato tecnológico estará considerando o usuário como um portador de necessidade / fragmento, isto é, ele será visto como um objeto, como um corpo ou parte de um corpo com problemas biológicos, como um ser sem subjetividade, sem intenções, sem vontades, sem desejos. Sob o olhar dos núcleos profissionais consagrados, hegemônicos, o usuário será mais partido ainda, pois será olhado como um objeto suporte para a produção de um ato de saúde reduzido a um procedimento profissional, o que vem consagrando a construção de modos de cuidar centrado em procedimentos.

Dentro desse tipo de ação de cuidado, somando todos os olhares profissionais, não se consegue chegar no outro como quem também olha, que também tem desejos, vontades, intenções, modos de expressar necessidades não-fragmentárias. Como um outro que não parte de núcleo profissional nenhum, de nenhum território tecnológico de ação. Como um outro que é um mundo de necessidades, rico de complexidades lógicas, pois pode conter desde dimensões restritas às formas corporais de sofrer, até necessidades de ser escutado, vinculado, inserido em redes comunicativas com outros, com vontades cidadãs.

A soma dos profissionais centrados não dá conta do vazamento que as lógicas que habitam a produção do cuidado contém. Olhando de outro lugar – o do usuário por exemplo – essas lógicas não podem ser plenamente capturadas por ações tecnológicas profissionais centradas; elas as extrapolam. Elas colocam o cuidado em outro lugar, que não só o da intenção de um ato tecnológico de um agir profissional sobre um objeto, como o corpo que sofre. Elas colocam o cuidado como referente simbólico do campo da saúde. Produzem-no como um outro tipo de objeto. Não aquele da ação que visa à realização de um ato de

saúde, como o corpo alvo do cuidado, mas aquele que é prometido simbolicamente como a alma do campo da saúde, enquanto um lugar que cuida.

Esse cuidado, referente simbólico, é muito mais amplo e largo que qualquer intenção ou possibilidade de realização produtiva, que um conjunto de trabalhadores de saúde de uma profissão possa fazer, ou mesmo, que a junção de todos os profissionais de saúde possam somar.

Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus fazeres e saberes, permite abrir nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de fazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo. Abrindo-nos, em ato, para novos engravidamentos e partos.

A integralidade grávida de nós, nesse cotidiano, pode revelar os modos de capturas ou os espaços de possíveis liberdades que operamos, individual e coletivamente, no fazer do nosso trabalho de cuidar.

Pensar como ir para além dos encontros, mutuamente irritativos e de reafirmações de territórios bem instituídos, entre as distintas profissões, no cotidiano do trabalho em saúde, e buscar novas formas de engravidar nossos atos, com sentidos e significações diferentes dos paradigmas que temos adotado a partir dos nossos núcleos profissionais, é uma tarefa colocada para todos os trabalhadores, que não têm a coragem de ser usuários do seu próprio fazer, muito menos do colega do lado, ou de toda a sua equipe.

4. A Porosidade da Dimensão Cuidadora e das Valises das Relações, Invadindo os Núcleos Profissionais, Abrindo-os para o Cuidado como Referente Simbólico do Usuário

Já venho, junto com outros, afirmando que o ato de cuidar para o trabalhador de saúde, para dar conta de parte do que está posto no seu encontro com um usuário,

individual ou coletivo, mobiliza o trabalhador enquanto portador de caixas de ferramentas tecnológicas, que denomino valises da mão, da cabeça e das relaçõesⁱⁱⁱ.

Na composição dessas valises encontramos equipamentos, saberes tecnológicos e modos de se comunicar com o outro. Para construir essas tecnologias – duras, leves-duras e leves – mobilizamos pelo menos dois núcleos de constituição tecnológicos: o núcleo cuidador e o profissional-centrado.

As 14 profissões universitárias da área da Saúde procuram se distinguir entre si pelo núcleo profissional, pelo qual definem os saberes que dominam com exclusividade ou predominância, os objetos de suas ações e suas finalidades enquanto produtores de atos de saúde específicos. Este núcleo se faz presente em cada uma das valises, tornando-se parte das composições destas, tornando-as formas da profissão se realizar.

Por exemplo, um médico, como uma das 14 categorias profissionais, diz que sua identidade profissional se dá pelo seu domínio da clínica e da terapêutica que tomam o outro enquanto um corpo doente, em sofrimento. Que cabe a ele, profissional, dominar esse território, a ponto de dizer para os outros qual o diagnóstico do problema de saúde apresentado por um indivíduo, que toma como seu objeto, enquanto um corpo doente, e que tipos de intervenções poderão ser realizados.

No processo de construção do seu núcleo profissional, o médico constitui parte das suas valises. Até a das relações ele procura formatar, com suas teorias sobre a relação médico-paciente. Ao considerar que seu núcleo é o que possui para poder falar sobre o próprio campo da saúde como um todo, acaba por ponderar que todas as outras profissões são braços da sua. E mais, toma aquilo que produz como seu objeto de ação, o referente simbólico do campo, reprimindo todo movimento que expressa um vazamento de sua pretensão impossível. Entretanto, o objeto simbólico do campo, o cuidado como referente, sobra e pede muito mais do que uma profissão pode lhe fornecer.

É interessante também olhar para o fato de que as outras 13 profissões fazem movimentos semelhantes, como uma forma instituída de ordenar organizações profissionais, impondo lógicas de regras de constituição iguais. E, desta forma, em qualquer outra profissão da área vemos movimentos iguais, procurando impor seu território de domínio pela conformação de objetos da prática, práticas e saberes, que tomam o referente

simbólico do campo da saúde como soma de seus objetos. Mas, de novo, vejo que o referente sobra, ele impõe pedidos para o agir tecnológico das profissões mais do que cada núcleo só, ou somado ao outro, pode lhe fornecer.

Além disso, vemos que uma outra parte das valises é recheada de outros territórios de saberes e práticas, que não pertencem a nenhuma das 14 profissões, porém a todas faz referência. Cria uma porosidade entre o mundo das profissões entre si e entre o mundo dos trabalhadores de saúde e o dos usuários. Porosidades localizadas de modo mais explícito nas valises das relações, que opera tecnologias leves para dar conta dos encontros e relações de alteridades, com o outro: o usuário. Mas essas porosidades também estão localizadas em um núcleo tecnológico não-profissional de conformação, para dar conta do cuidado, que denomino de dimensão cuidadora das práticas de saúde, que visa ou é visado pelo mundo do referente simbólico do campo.

Por serem porosidades, é por aí que as profissões podem se encontrar desterritorializadas e, é por aí, que, o outro de nós, o usuário, penetra com seu complexo mundo de necessidades que vaza as nossas capturas nucleares. Vejamos um pouco mais de perto esses dois “lugares” micropolíticos.

São encontros de sujeitos em ação, com seus poderes, produzindo relações, se interditando e mutuamente produzindo. Com isso, disparando nos mapas desses encontros possibilidades de novos desenhos, como um aberto para novas conformações cartográficas. Micropolíticos, pois é aí que o trabalho vivo em ato se efetiva na construção do cuidado e como tal opera como parteiro de palavras, significados e sentidos. Aí é possível construirmos dispositivos de gestão coletivas do trabalho em saúde, que abram encontros públicos para os fazeres privados dos atos profissionais centrados.

Provocar tudo isso, ao mesmo tempo, na lógica do trabalho como ato pedagógico, expresso pelo olhar da educação permanente, cria novas formas de se construir os cotidianos nos serviços de saúde.

A dimensão cuidadora opera situações com que todos os profissionais de saúde se defrontam, mesmo que procurem, sem muito sucesso, torná-la seu objeto restrito de ação, como apontei no caso da relação médico-paciente. É no espaço desta dimensão, do agir tecnológico em saúde, que o profissional – ou os profissionais – está diante de práticas

tecnológicas, que devem responder pela produção de vários pedidos possíveis de serem inscritos no campo do referente simbólico – inclusive, aquele que promete que o campo da saúde é lugar da produção de um cuidado que cuida, comprometendo-se de fato com a vida do outro.

Só como exemplo, para estimular idéias em todos nós, cito alguns dos pedidos possíveis, inscritos nessa dimensão cuidadora:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados nos atos de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- relação que possibilita o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não o contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos para a qualificação do viver individual e coletivo;
- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras.

Vejam que não é por acaso que este exercício de engravidamentos apontou para a produção em relações. Entendo que o lugar mais aberto para um agir em produção, não plenamente capturado, que denuncia a todo o tempo o limite dos modos instituídos de se produzir atos de saúde, é onde atua a valise das relações, cheia de tecnologias leves e em ato^{iv}. Plenamente preenchida de porosidades, como apontado antes. E, como tal, abre-se em ato para todas as possibilidades instituintes no campo da saúde. O trabalho vivo em ato é

sua substância produtiva nuclear, além de não pertencer a nenhum núcleo profissional na sua plenitude. É nesse território tecnológico que, por exemplo, a relação médico-paciente é denunciada como limitada, insuficiente, ou mesmo como lugar de dominação e de controle.

Mas é território de ruídos dos vazamentos, e por isso é um ótimo dispositivo para as equipes de saúde, nos seus cotidianos, construírem seus encontros em aberto. Disparando novas formas comunicativas entre si, compondo valises em conjunto.

A maior parte a preencher as valises das relações, diferentemente das outras duas, é a dimensão cuidadora. Por isso, ela se torna lugar privilegiado, a ser visto como lugar de ações que interrogam os limites dos modelos hegemônicos, centrados nos próprios profissionais de saúde.

Não são poucos os exemplos que podemos vivenciar no cotidiano dos serviços que mostram essa porosidade, revelando novos territórios de encontros e ações, na busca de um agir coletivo em saúde que se interroga pela integralidade que engravida.

5. Um Agir em Saúde no qual a Integralidade Seja Desafio a uma Desterritorialização

O relato de um caso pode abrir nossas imagens em relação a isso. O que descrevo está inserido em uma experiência que vivenciei com uma equipe de trabalhadores de saúde, de uma unidade básica, na rede de serviços de saúde de Campinas (SP), no final dos anos 90, e que inclusive me estimulou a construir o texto sobre valises tecnológicas.

Conversando com os trabalhadores dessa unidade, propus que eles trouxessem situações do cotidiano sobre as quais que gostariam de conversar, além do mapeamento que estávamos^v fazendo sobre quem eram e como se movimentavam na unidade os usuários, em um dia inteiro de trabalho. Esse mapeamento foi feito a partir da construção de certas técnicas, no coletivo dos trabalhadores da unidade, para a produção de informações de saúde, no domínio da própria equipe, e que nos daria a imagem de quem tinha ido ao serviço, com que problema e/ou queixa, a que hora, que tipos de ações tinham sido feitas, quem fez, a que hora, quanto tempo demorou na unidade e que problemas foram enfrentados, por quem e como.

Na mistura de conversas sobre a cartografia produzida do dia de trabalho, fizemos uma reflexão sobre que tecnologias portávamos para fazermos nossas ações, naquele cotidiano. A partir dessa conversa e com a necessidade de aprender o que estava sendo falado, propus algumas idéias conceitos para fazermos um outro tipo de mapeamento: o das valises tecnológicas, sugerindo que cada um visse o que tinha nas mãos, na cabeça e nos atos relacionais, nos vários momentos de seus trabalhos e os cartografássemos.

Uma auxiliar de enfermagem, numa certa altura, virou para o grupo e falou como ela estava alegre de se ver uma produtora e portadora de tecnologias em saúde, afirmando que pela primeira vez tinha a noção do quanto era uma trabalhadora de saúde e atuava com uma valise, como a das relações. Além de dizer isso, fez a seguinte observação: que ela, agora, passou a entender por que o modo como os médicos tratavam as senhoras mais idosas, com remédios para acalmar, a irritava e o que colocaria no lugar.

Minha cabeça pirou ao ouvir isso. Estimulei-a a continuar falando, dando-lhe respaldo – o tipo de tutela que você pode emprestar para alavancar o outro, que nos atos pode se autonomizar; maneiras bem usadas em cuidados como as que se fazem nas redes de atenção em saúde mental – para que continuasse a explorar sua descoberta.

Ela dizia que as pessoas velhas, como aquelas senhoras, tinham uma vida muito rica a oferecerem e o modo como os médicos se relacionavam com elas era muito pobre. Não viam nelas isso tudo. Que agora ela entendia que podia ir para o interior da equipe e abrir essa conversa, propondo modos diferentes de se relacionar com aquelas senhoras. Imaginava a possibilidade de elas mesmas, em rodas de conversas, colocarem coisas novas, uma para a outra, ou mesmo perceberem naquele lugar espaço para poderem ser escutadas. Que iria propor isso para o grupo de trabalho dela e para os médicos e ver se eles topavam fazer algo diferente, que não fosse só dar receita de Diazepan.

Não precisa dizer que algo ocorreu ali naquele coletivo. Hoje, não sei como isso se mantém, apesar da minha curiosidade; mas, muito deve ter mudado, pois a própria equipe dessa unidade não é mais a mesma. Porém, essa trabalhadora com certeza não deixará mais de se sentir sujeito da ação e com poderes. Disso eu tenho certeza.

Entretanto, quero chamar a atenção, neste momento, sobre como o modo de engravidar as palavras e, é óbvio, nossos atos de saúde com certas visões ou projetos de

integralidade das nossas ações, podem estar abrindo novidades, utilizando-se das porosidades da dimensão cuidadora e das valises das relações.

Tomar de modo explícito, pelo coletivo de trabalhadores, a capacidade interrogativa que a integralidade, como dispositivo de transformação das práticas de saúde, contém, parece-me não só possível, mas necessário, como já disse, para todos aqueles que se inquietam com o fazer cotidiano dos serviços de saúde, mas em particular para aqueles que sabem que não seriam usuários de si mesmos.

A possibilidade de se olhar desses lugares utilizando o potencial desterritorializante que a aposta na integralidade contém, permite que interroguemos como seus preenchedores de sentidos, nos nossos fazeres, apontando para este campo de porosidades. Abre a gestão do trabalho para o coletivo e para um mundo novo no campo da saúde, operando outras lógicas capturantes, pelas quais o mundo dos usuários pode e deve invadir nossos núcleos tecnológicos de ação e impor novas lógicas, que olham para o lugar da promessa do referente simbólico da saúde: o ato de cuidar como um fazer coletivo voltado para a defesa da vida, individual e coletiva.

Bibliografia estimuladora

ABRAHÃO, A. L. Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência, defendida como doutorado junto ao Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, SP, 18/02/2004.

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.

FLORES, F. *La empresa del siglo XXI*. Santiago: Hachette, 1994.

FRANCO, T. *et al. Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004.

HABERMAS, J. *Teoria da Ação Comunicativa*. Madri: Taurus, 1997.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

3º. Plano: Ferramentas de análise e auto-análise dos processos de trabalho.

Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças.

Emerson Elias Merhy

Campinas, fevereiro de 2006, debaixo de chuvas intensas.

“Tinha nascido do lado de uma igreja católica, construída numa elevação que a colocava um pouco acima das casas ao lado. À frente havia um adro bem amplo, com jardins e muros; além de um pátio bem generoso.

Cedo, quando acordava e levantava, caía da cama já no adro; assim como uma dezena de garotos de 8 a 16 anos. Juntavam-se, logo após um café da manhã imposto pelas mães, e com uma bola na roda invadiam o adro e a transformavam em algo só deles: uma campo de pelada.

Por várias vezes eram denunciados pelo padre da igreja como invasores e perturbadores. O carro de polícia, um Cosme e Damião, chegava de sirene ligada e por um tempo acabava com aquela festa.

Meninos corriam para tudo que era lado. Os policiais ameaçavam prendê-los. No fim, todos escapavam. A polícia se retirava. E, o adro virava praça de novo.”

Nesta pequena história, de fato vivida no Bairro da Bela Vista em São Paulo, nos anos 1950, há muitos dos elementos que gostaria de colocar aqui nesta pequena introdução ao livro do Giovanni.

Destaco, em primeiro lugar, a ideia de um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser um adro de uma igreja. Uma função que torna o lugar público em uma coisa de uso privado: só faz sentido para certos viventes e crentes, cujos interesses naquele espaço o tornam extensão de uma certo modo simbólico de produzir aquilo como lugar de fé cristã. Enfim, uma produção e apropriação do espaço, enquanto possuidor de um sentido bem preciso e bem definido, com um valor de uso bem delimitado. O público e o privado constituem-se, claramente, prevalecendo uma certa conformação do público por formas bem privadas e específicas de constituí-lo. Esta figura, para mim, assemelha-se a noção de aparelho institucional, como: um partido, um aparelho estatal, uma máquina governamental, uma repartição de uma empresa, uma empresa em si. Em todos, a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído. A dobra público/privado se expressa como relação bem instrumental e só esta razão dá conta deste processo. Por exemplo, uma organização fabril que não produzir o seu produto, não é uma organização fabril; e como tal, ao perseguir esta alma particular, captura privadamente todos os seus lugares públicos. Entretanto, como em todos os formatos adquiridos – aparelho, roda e praça - , como veremos, adiante, não é indiferente os tipos de atores sociais/sujeitos que estão operando a produção do lugar, pois constituir certo valor de uso é, antes de tudo, uma operação simbólica e imaginária. Como diz Ruben Alves, parafraseando: para algo ser útil ela deve ser simbolicamente constituída como necessidade.

Destaco, em segundo lugar, a roda que os meninos constituíram fabricando suas equipes de futebol e invadindo o aparelho adro. Reuniram-se e fizeram ofertas um para o outro, construíram entre si acordos e regras. Organizaram-se para atuarem como um coletivo, mas onde cada um pudesse jogar do seu jeito. Jogar tanto para produzir o acordo, quanto para participar do que mais queriam: jogar bola ou mesmo inventarem outros jogos,

como esconde-esconde, basquete, entre outros. Depois de várias conversas em roda, decidiram pelo futebol mesmo e saíram formando os timesos times. Dividiram imaginariamente o adro em um campo de futebol. Insituíram os gols, ordenaram os times e iniciaram o jogo. A existência deste coletivo, os meninos, o adro estava ali para eles para ser ocupado de distintas maneiras. Em roda, com ofertas e conversas e acordos, eles o fariam virar de adro de igreja em campo de futebol ou qualquer outro território funcional, onde novas regras eram produzidas. A dinâmica público e privado parecia que agora obedecia a outros tipos de lógicas. Um olhar atento, bem de pertinho, poderia ver o encontro “entre” o adro aparelho e o adro roda, um dentro do outro como uma dobra; veria o modo como os meninos construía, em ato, seus acordos e regras, e perceberia como estava em aberto muitas possibilidades de formatá-las, para se adequar às características do jogo que o coletivo em ação produzia. Por exemplo, poderiam formar times com mais ou menos jogadores, conforme a quantidade de meninos, na roda. O tempo do jogo poderia variar. Ter ou não goleiro era algo a ser decidido em ato. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que estava sendo produzido era muito mais elástica. Entretanto, todos estes processos tinham um objetivo final a ser atingido: organizar uma ação do coletivo, para produzir um jogo de futebol, por exemplo. Esta funcionalidade não era perdida em momento algum, mesmo que pudesse ser produzida de muitas formas e maneiras distintas. A dinâmica do coletivo em roda impunha-se sobre a construção do espaço público, privatizando-o. Transformar o adro em campo de futebol era um ato imperativo, após o acordo realizado, e rompia a funcionalidade do adro aparelho, conforme as ações do coletivo em ação. A dobra público e privado, agora, na roda dos meninos, aparecia de um modo mais explícito: a conformação do espaço privado, como o campo de futebol, passava por um ato coletivo e mais público e na sua imediatez; diferente do adro aparelho que estava ali, mesmo sem a presença de seus instituidores reais. De fato, naquele espaço campo de futebol aA funcionalidade não estava de tal modo constituída, como no adro da igreja, no qual a existência social de fortes significantes molares atuavam pela sua força simbólica cristalizada como ícones instituidor. O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando. A tensão na dobra público e privado está à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, no qual a regra é única e a punição é inevitável e imediata diante da sua violação. Nas rodas os processos

estão abertos aos acontecimentos, mesmo que dentro de certas funcionalidades acordadas entre os coletivos que as constituem.

Em terceiro lugar, destaco que aquele adro aparelho religioso, que pode estar sendo ao mesmo tempo campo de futebol, como relatado acima, pode também imediatamente estar sendo lugar de outras rodas não conectadas à dos meninos. Ou, pode ser um lugar que alguém ocupa e produz só para ficar olhando os outros. Ou, um lugar que alguém produz para descansar, olhar o céu, papear, e todas outras maneiras que somos capazes de inventar, dando sentidos múltiplos para a dobra público e privado, ali existente. E, o interessante, é observar que as várias maneiras de se produzir um espaço, enquanto modos privados de ocupação, não leva necessariamente ao incômodo da diferença. Esta é a imagem de uma praça, na qual o espaço público é construído pelos vários diferentes que instituem desigualmente seus usos, sem o compromisso de colocá-lo globalmente a serviço de um única função e/ou finalidade, pois várias estão em produção e em acontecimento. São muitos os coletivos se intercedendo. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros é a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. E, de novo, poder ver isso, inclusive no interior dos outros modos de constituir a dobra público e privado, pode implicar na possibilidade de abrir a tensão público e privado para novos processos de produção em fluxo. Não há regra unificadora a ser imposta, não há funcionalidade a priori a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-o esta tensão, estão em pleno ato do acontecer, deixando os sentidos dos fazeres de cada um ocorrer em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante, produtiva e criadora, do diferente em nós, nos aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público e privado como um lugar profundamente democrático, no qual a igualdade na diferença é o balisador ético e estético. Um adro de igreja que seja lugar de um piquenique, de rodas de conversas, de jogos de futebol, de pega-pega, de pregação, de protestos, de namoros, de apresentações artísticas, não é mais só um adro de igreja: agora, é uma praça.

Sem julgamento moral sobre qualquer um dos níveis que aponte, pois não consigo a priori dizer qual é melhor, qual é mais correto, e assim por diante, chamo a atenção para o fato de que em todos os três há mútua constituição do público e do privado, e que um aparelho, também é uma roda, que por sua vez também é uma praça.

O aparelhamento feito a partir de certos poderes instituídos e reconhecidos as organizações religiosas, as rodas criadas e reinventadas pelos meninos fabricando novos sentidos para o uso do lugar, embora dentro de certas regras que a formação de um time de futebol supõe e, finalmente, os múltiplos encontros com os sentidos mais variados, não necessariamente para cumprir uma missão a priori, mas simplesmente para realizar um acontecer em fluxo, como ficar na praça olhando o céu, ou batendo um papo, ou lendo um livro, ou fazem um desenho interessante de olharmos: o público e o privado são mutuamente constituídos, em fluxo, em acontecimento, e vão se constituindo permanentemente lugares de aparelhos, rodas e praças.

Esta intensa constituição, que nos permite perceber que não devemos separar uma coisa da outra, mas enxergar uma coisa na outra, abre-nos a chance de também podermos atuar sobre isso. Assim, entender que há “entres” de uma aparelho para uma roda, e destas para uma praça, possibilita-nos a poder objetivar a exploração destes “entres” como possibilidades de instituir uma praça em uma roda, de uma roda em um aparelho, pois eles estão ali a serem desvirtualizados. Quando há domínio instrumental de um sobre o outro, podemos pensar em como criar situações para interrogar este domínio pelos “entres”. Como, na saúde, é o caso do desafio de pensar em um lugar tão privado como um consultório de um médico, imaginar a existência de criar situações de praças e rodas, neste lugar claramente aparelho.

Mesmo que se queira separar estes processos, eles se fazem sempre presentes e muitas vezes causam incomodos em certos pensadores que, mesmo muito bem intencionados, procuram valora-los moralmente ou mesmo destaca-los. Sejam ou não pensadores neoliberais capitalistas que vêm no privado e no mercado o lugar de definição e de determinação, sejam os anti-neoliberais que instrumentalizam a razão e aparelham tudo, inclusive o agir e a subjetividade coletiva. E, diferentes autores que tentam destacar uma dimensão sobre a outra, não conseguem fazê-lo com muito sucesso, sempre apresentando alguma ressalva.

Por isso, é interessante a ideia de Toni Negri quando diz que a democracia, quando normatiza e regra, quando ordena seu arcabouço constitucional, não consegue escapar do poder constituinte, tendo-se que se apresentar efetivamente como uma forma de sociedade e de governo em permanente refazer, assumindo claramente o risco de ser pervertida, de não

ser uma roda funcionalmente que gira bem. Negri, fala, por isso, no inevitável Poder Constituinte das multidões, não controlado.

Não é, portanto, irrelevante o tipo de mútua constitutividade entre público e privado que estamos apostando, mas torna-se um problema quando imaginamos que o nosso modo é único e apaga a existência dos outros. Há que apontar certas linhas de sentido, onde me parece que tornar aparelhos verdadeiras rodas e rodas em grandes praças é muito mais adequado e interessante. Há que se conviver com a tensão da constitutividade e há que explorá-la no eterno retorno: o público que se faz privado e vice-versa.

Vale olhar também o modo como pode-se colonizar uma constitutividade na outra e, assim, ordenar formas específicas de poderes para instrumentalizar um lugar a partir de outro. Claro que se isso ocorrer no sentido de tornar sempre em praça as rodas e os aparelhos, estaremos mais próximo do que aponta Negri, mas se for o oposto, no qual o sentido do aparelho se imponha sobre a roda e a praça, ou mesmo que a roda na sua funcionalidade mate a praça que há nela, estaremos diante de um processo que creio legítimo de ser nominado de privatização do público, com uma redução da política ao movimento de tornar universal um projeto bem particular e único. Esta unicidade do espaço público, em certas formas de blocos históricos, não escapa de Arendt. Mas, aqui, chamo a atenção é sobre as maneiras como o Estado ampliado, no Brasil, vem sendo um aparelho efetivo de interesses muito restritos, do ponto de vista da multiplicidade social de interesses que constitui a sociedade brasileira. E, o campo da saúde pode ser um bom exemplo e analisador disso.

Vejo, neste livro do Giovanni um dos estudos mais interessantes nesta direção. Não só mostra a mútua constitutividade do público e do privado, mas revela a intensa privatização dos interesses e do campo das políticas públicas e governamentais. Apontando para os desafios de quem age para inverter as lógicas de ocupação e produção dos espaços públicos e privados, no âmbito societário, em geral.

Algo bem relevante e pertinente na discussão que o SUS colocou para a sociedade brasileira, nestes últimos anos: o que é ser uma política pública de estado, que se modela conforme os blocos governamentais que a constituem. Como operar isso na multiplicidade de tipos de aposta que a saúde é permeável, hoje. De que maneira, a reforma do que é o público estatal com a formação de um privado de interesse público convive com estas

situações. E o mercado e as suas organizações privadas. O que tudo isso tem a ver com esta discussão?

Neste livro, o leitor não vai ouvir falar de modo explícito em aparelhos, rodas e praças, mas não lhe escapará que é da mútua constitutividade do público e do privado, que o tempo se trata, no plano dos coletivos sociais em ação, no campo da saúde, enquanto território de práticas sociais e históricas. E com isso, estará à amostra as implicações dos processos de constituição das multidões em ação e suas expressões, como coletivos específicos a produzirem e instituírem aparelhos, rodas e praças, no campo da saúde, no Brasil. Sim, é isso que veremos ser tratado aqui neste livro, com vários outros nomes. E, aí, faço um convite, ao leitor: o que fazer com as aprendizagens a que este livro nos conduz?

Não sei responder a isso de modo direto, mas tenho a sensação de que as possibilidades que abre são muitas, pois expõe a nossa implicação com o que aqui é revelado, mostra o nosso lado em relação a isso tudo. Revela para nós mesmo nossas próprias implicações e a que mútua constitutividade de público e privado estamos de fato interessados. E na saúde, o nosso modo de atuarmos, depende disso.

O Uso De Ferramentas Analisadoras Para Apoio Ao Planejamento Dos Serviços De Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)

Túlio Batista Franco

Emerson Elias Merhy

Apresentação

O Presente trabalho tem o objetivo de analisar o Serviço Social do Hospital de Clínicas da Unicamp. É uma análise situacional, que envolve toda a equipe de coordenadores do Serviço, ou seja, feita em processo coletivo de formulação.

A metodologia envolve principalmente o uso das “ferramentas analisadoras” que são: O “fluxograma descritor” e a “rede de petição e compromissos”, descritos por Merhy, Chakkour, et. al. 1997². No caso, o “fluxograma descritor” constitui-se de uma representação gráfica do processo de trabalho, elaborado de forma usuário-centrado, com

² Ver Merhy, Chakkour et al. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde in “Agir em Saúde”, Merhy & Onicko (orgs.), HUCITEC, S. Paulo, 1997.

riqueza de detalhes para perceber os aspectos da micropolítica da organização do trabalho e da produção de serviços. A “rede de petição e compromissos” é uma descrição das relações intra e inter institucionais, onde são revelados os estranhamentos e conflitos entre os diversos atores no cenário. A identificação e discussão destes “ruídos do cotidiano”, revelam os diversos projetos existentes na arena decisória, bem como deixam evidentes a disputa pelos mesmos. Utilizando a terminologia do Planejamento Estratégico Situacional, poderíamos dizer que estas ferramentas identificam os “problemas” nos processos de trabalho e relações entre os diversos atores em cena, contribuindo para o processo de planejamento.

Além do PES, outros campos de conhecimento se apresentam para a análise do produto destas ferramentas, como as referências em torno das políticas de saúde, análise institucional, da sociologia e principalmente a teoria do trabalho em saúde.

A insistência em que a aplicação das ferramentas e a discussão em torno dos seus produtos, seja feita coletivamente, se dá pela convicção que estes processos coletivos são “auto-pedagógicos”, acumulam conhecimento à equipe gestora dos serviços, na medida em que esta vai se apropriando da realidade na qual esta inserida. Neste sentido, dão maior potência aos sujeitos em ato, em processos de gerência e coordenação.

Introdução

Geralmente quando começamos a avaliar determinado serviço de saúde, os trabalhadores que fazem esse exercício têm a tendência de discutir os aspectos mais gerais, macro estruturais do serviço, muitas vezes centrado nele mesmo. Porém, o que se observa é que para uma análise ser eficaz, ela deve reunir em torno de si, elementos, que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados á micropolítica da organização dos serviços, que dizem respeito às relações firmadas no processo de trabalho, aos interesses em jogo no dia a dia do serviço. Só assim, será possível mergulhar nos processos micro decisórios do cotidiano do serviço de saúde, identificando seus problemas, a partir dos ruídos gerados na assistência oferecida ao usuário. Uma reflexão com o objetivo de realizar uma análise situacional dos serviços e/ou estabelecimentos de saúde, deve lançar sobre o mesmo um olhar crítico e interrogador das diversas questões a ele

implicadas. Será muito importante para este objetivo, localizar no contexto geral, situacional, o lugar que ocupa o serviço em questão; identificar a rede de relações existente inter e intra equipamento assistencial analisado, e nesta rede, esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória; ouvir com objetividade os ruídos que existem no processo de trabalho e na assistência prestada ao usuário; analisar a micropolítica da organização do processo de trabalho e da tecnologia das relações, como campo privilegiado do “saber-fazer” e neste contexto, o manejo das “tecnologias leves” (Merhy, 1997), como determinante das energias criativas e criadoras de novos padrões assistenciais.

Antes de gestores e trabalhadores iniciarem um processo de avaliação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, devemos nos interrogarmos com as seguintes questões: *Vamos avaliar este serviço, para quê?* A avaliação aqui realizada, *servirá a quem?* As mudanças institucionais, possivelmente identificadas como necessárias, serão viabilizadas *como?* Portanto, estamos diante de uma questão de maior grandeza, a que colocamos sobre o nosso próprio trabalho analítico, quando nos interrogamos da sua serventia, a quem se destina e as possíveis conseqüências práticas que ele pode produzir. Ao referirmos a estas questões, não estamos apenas falando do conteúdo, mas principalmente, *o para que?; a quem? e o como?*, nos dizem fundamentalmente sobre um certo rumo para o exercício profissional e sobre o método de intervenção em serviços, que deve ser competente para no processo, produzir sujeitos. Além disto, responder a estas questões indicam também um caminho a ser seguido, apontam determinada estratégia, no sentido matusiano do termo, que considera estratégia como “o uso ou aplicação da mudança situacional visando alcançar a situação-objetivo”³.

o quê se pretende analisar com este estudo, ou, as ferramentas analisadoras serão testadas em processo de análise do Serviço Social do HC-Unicamp, descrito a seguir:

Caracterização do Serviço Social do HC-UNICAMP

O Serviço Social do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas -HC-UNICAMP - tem atuação junto às áreas dos ambulatórios, procedimentos

³ Ver Matus, C.; “O Conceito de Estratégia” in Política, Planejamento e Governo - Tomo I, IPEA; Brasília (DF); 1993 - pág. 195.

especializados, pronto socorro, programa de DST/AIDS e enfermarias do hospital. Conta atualmente com um quadro funcional de 50 assistentes sociais, incluídos a diretoria técnica, 30 auxiliares de assistentes sociais e 6 funcionários administrativos. Oferece produtos de assistência social, definidos pelo grau de complexidade em: **1.** Atendimento Social I : orientação simples. **2.** Atendimento Social II : orientação simples e convocação / prestação de auxílios concretos (passe, lanche, auxílio financeiro). **3.** Atendimento Social III : abordagem de baixa complexidade (orientações e encaminhamentos à Recursos da Comunidade, casas de retaguarda, grupos sala de espera. **4.** Atendimento IV : Abordagem de médica complexidade (entrevista inicial, casos novos, grupos educativo-terapêutico). **5.** Atendimento V : Abordagem de alta complexidade (atendimento familiar, atendimento individual complexo - A T , T S , DST/AIDS). **6.** Atendimento VI : Abordagem de altíssima complexidade (atendimento de maus tratos, rejeição familiar, desconhecidos).

Nas áreas dos ambulatórios, o Serviço Social conta com um plantão e tem como missão específica, regimentalmente definida o seguinte: “Ser um Serviço Social de referência, que atua junto ao usuário dos diversos ambulatórios do HC e seus familiares, prestando atendimento em nível assistencial e educativo, favorecendo a aderência ao tratamento, implementando projetos de estágios e aprimorando na área de Serviço Social, elaborando e executando pesquisas ligadas ao trabalho desenvolvido”.

Respondendo o *para quê?* ou falando da estratégia.

Os serviços de saúde em geral operam de acordo com o modelo hegemônico, centrado nos interesses das grandes corporações em sintonia com os objetivos institucionais do estabelecimento. Estes são determinados por um lado, pelas questões relacionadas a macro estrutura social, da divisão técnica e social do trabalho, de ordem mercadológica e das políticas de saúde. Por outro lado, são determinantes do modelo de atenção à saúde, a forma como os trabalhadores operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos no processo de trabalho cotidiano.

Este conjunto, macro e micro organizacional e institucional, que moldura o serviço de saúde, raramente desenha o seu modelo de assistência centrado no usuário. A forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde, aprisiona a energia transformadora produzida de relações construídas no dia a dia do serviço entre os próprios

trabalhadores e destes com os usuários. Em relação a estes últimos, são vistos como um objeto, à mercê do poder absoluto exercido pelos trabalhadores. Neste modelo tradicional, o encontro dos serviços com seu destinatário final, se dá por parâmetros burocráticos, onde as **necessidades** dos usuários são apenas subsidiárias aos interesses das corporações e do estabelecimento.

Desenvolvimento do processo de análise.

O processo de análise do Serviço Social, será desenvolvido a partir do levantamento de dados e informações, feito através da aplicação do “fluxograma descritor” e da “rede de petição e compromissos”. Este processo é construído em dois momentos. Primeiro, na construção do fluxograma, onde a equipe reunida, em processo de discussão e formulação do fluxo do processo de trabalho, busca na memória de cada profissional, as perguntas que os profissionais mencionam aos usuários, as decisões tomadas, as idas e vindas do usuário, barreiras que se colocam no seu percurso em busca do atendimento. Enfim, neste momento os fazeres cotidianos são lembrados e codificados no fluxograma, como um território de tecnológico do trabalho em saúde, que se dá pelo uso dos diversos instrumentos, conhecimento e relações que são estabelecidas entre os profissionais e os usuários. O mesmo acontece com a rede de petição e compromissos, onde os “ruídos do cotidiano” aparecem e já vão formando opinião na equipe que trabalha o instrumento.

Num segundo momento, com a equipe reunida, será feita uma análise dos serviços, através dos instrumentos que então, estarão retratando o processo de trabalho e as relações entre os atores que se apresentam na produção dos serviços de saúde. Para esta análise, utiliza-se a “caixa de ferramentas”, de acordo com Merhy (1997), conjunto de saberes, disponível na equipe.

Se definimos o objetivo de um trabalho analítico, o de contribuir para remodelar os serviços de saúde, nos vêm então a segunda questão: quem conduzirá a ação transformadora, a construção do devir a partir das bases constituídas com a análise do serviço e/ou estabelecimento?

Respondendo o a quem? se destina este trabalho.

O ator social e político, capaz de conduzir um processo de mudanças a partir do trabalho, são os próprios trabalhadores. Eles detêm o recurso fundamental do conhecimento técnico, não apenas da sua formação, mas principalmente o que foi adquirido a partir da sua experiência concreta no dia a dia do serviço. Mais do que isto, os trabalhadores estabelecem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Este controle, lhes dá o extraordinário poder do “fazer”, podendo assim, operar os serviços de um modo ou de outro, conforme o projeto que ele considera mais adequado, de acordo com seus interesses, aos do usuário e do serviço, possivelmente nesta ordem. A transformação dos serviços de saúde portanto, é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, desde que se permita que o trabalho vivo, que opera a partir do conhecimento e das relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/estabelecimentos. Este é o terreno das tecnologias leves, capazes de conduzir a processos de mudanças na micropolítica da organização dos serviços de saúde ⁴.

O processo de análise de determinado serviço de saúde, deve ser eficaz para mostrar aos trabalhadores o que eles estão vivendo a cada dia, no sentido de construí-los enquanto sujeitos coletivos que podem ser os protagonistas das mudanças nos serviços. Há, no interior destes, processos operativos não conscientes, velados pelo domínio hegemônico das corporações e pela burocracia nos estabelecimentos de saúde, que enquadram os serviços aos seus interesses, impedindo a ação criativa e criadora de cada um. Esse aprisionamento do processo de trabalho, anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes uma certa “cegueira institucional”, impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitos, ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho.

O desafio portanto que se coloca, é o de fazer uma análise situacional do serviço de saúde, com características de “análise institucional”⁵, capaz de abrir processos de reflexão

⁴ Ver Merhy, E. E.; “Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde” in Agir em Saúde, um desafio para o público; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

⁵ Análise Institucional está aqui mencionada enquanto um **método** de intervenção analítica. Gregório Barembit diz que a análise institucional “...se propõe propiciar os processos auto-analíticos (ver Auto-análise) e autogestivos (ver Autogestão) circunscritos (se for o caso), mas tendendo sempre a que se expandam até conseguir um alcance generalizado ...”. Ver Barembit, G.; Compêndio de Análise Institucional e outras correntes; Ed. ROSA DOS TEMPOS; Rio de Janeiro, 1992.

com objetivos acima mencionadas, e se coloque em condições de formar sujeitos neste processo.

Respondendo ao *como?* formar sujeitos no processo de análise de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde.

Partimos do pressuposto de que para formar sujeitos no processo, a análise da situação do serviço deve ser feita de forma coletiva, envolvendo os gestores e através destes, os trabalhadores. Buscamos nos registros de memória de cada um, os dados e informações para serem discutidas e processadas coletivamente. Acontece que muitas vezes a observação direta, a memória e a verbalização dos processos vividos por cada um, são insuficientes para revelar algumas áreas ocultas da micropolítica de organização dos serviços e do processo de trabalho. Neste sentido, será necessário lançar mão de instrumentos, que por serem auto-analíticos dos protagonismos cotidianos dos distintos agentes institucionais, lancem luzes a estas áreas até então obscuras aos trabalhadores que operam os serviços de saúde no seu dia a dia. Utilizamos a “rede de petição e compromissos” e o “fluxograma descritor” como ferramentas analisadoras, que possam contribuir, para abrir algumas “caixas pretas” tanto presentes na micropolítica dos processos de trabalho⁶, quanto nos mecanismos organizacionais capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena. As “caixas pretas”, as quais nos referimos, dizem respeito aos mecanismos que as corporações e a burocracia do estabelecimento utilizam para aprisionar e enquadrar o serviço, a determinadas normas, objetivos e resultados. Desta forma, impõem aos serviços de saúde um modo de agir próprio de acordo com seus interesses. Esse processo, histórica e politicamente determinado, é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador, e por isto mesmo, mecânico. Por outro lado, é determinante na maioria das vezes, do resultado final do trabalho realizado, fundamentalmente, dos produtos daquele estabelecimento.

O que se pretende com o processo de análise, ao abrir as “caixas pretas”, é revelar aos trabalhadores as amarras do serviço de saúde. Pretende-se assim, torná-los conscientes e ao mesmo tempo, donos dos processos vividos e constituídos por eles mesmos.

⁶ Ver Merhy, E. E.; “Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde” in *Agir em Saúde, um desafio para o público*; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

A utilização da “rede de petição e compromissos” e do “fluxograma descritor” contribui na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde sob o ponto de vista macro e micro estrutural. Permite a desconstrução e a simultânea construção do imaginário coletivo em torno das questões colocadas pelo serviço de saúde, o trabalho e as relações implicadas com os produtos deste mesmo serviço.

O método portanto, conduz a uma contínua busca, a partir dos próprios protagonistas do trabalho que se realiza.

O Caso Do Serviço Social Do Hc-Unicamp

Relato

O trabalho junto ao Serviço Social do HC-UNICAMP teve início, a partir de solicitação feita pela sua diretoria técnica e corpo de coordenadores, para uma contribuição na reflexão e análise sobre o desenvolvimento do Serviço Social no HC. Partiam de diversos questionamentos em relação ao modelo de assistência social adotado, e ainda havia dúvidas em relação ao próprio caminho que o Serviço Social estava seguindo no hospital.

A busca de uma clareza sobre seu papel, a forma de organizar a assistência social e um determinado projeto do Serviço Social para o HC-UNICAMP, colocava como primeiro desafio, buscar entender exatamente o que representa o Serviço Social dentro de um estabelecimento de saúde complexo como um hospital escola, em particular o Hospital das Clínicas da Unicamp.

Seria necessário lançar um olhar radiográfico, para dentro e de dentro do serviço, que fosse capaz de captar macro e micro processos decisórios, de organização do trabalho, dos produtos oferecidos, as relações e o poder instituído. Como fonte de informações, buscou-se a observação direta dos protagonistas deste processo, as coordenadoras do Serviço Social. Utilizamos ainda como fonte, seus registros de memória, existentes em função da experiência e do saber acumulado, a partir do próprio trabalho de assistência. No sentido de contribuir para a análise situacional, foi utilizada como instrumento analisador, sua “rede de petição e compromissos”, mantida nas relações inter e intra

serviço, conectando esta rede aos outros atores sociais implicados de alguma forma com o Serviço e aqueles que operam o trabalho no dia a dia.

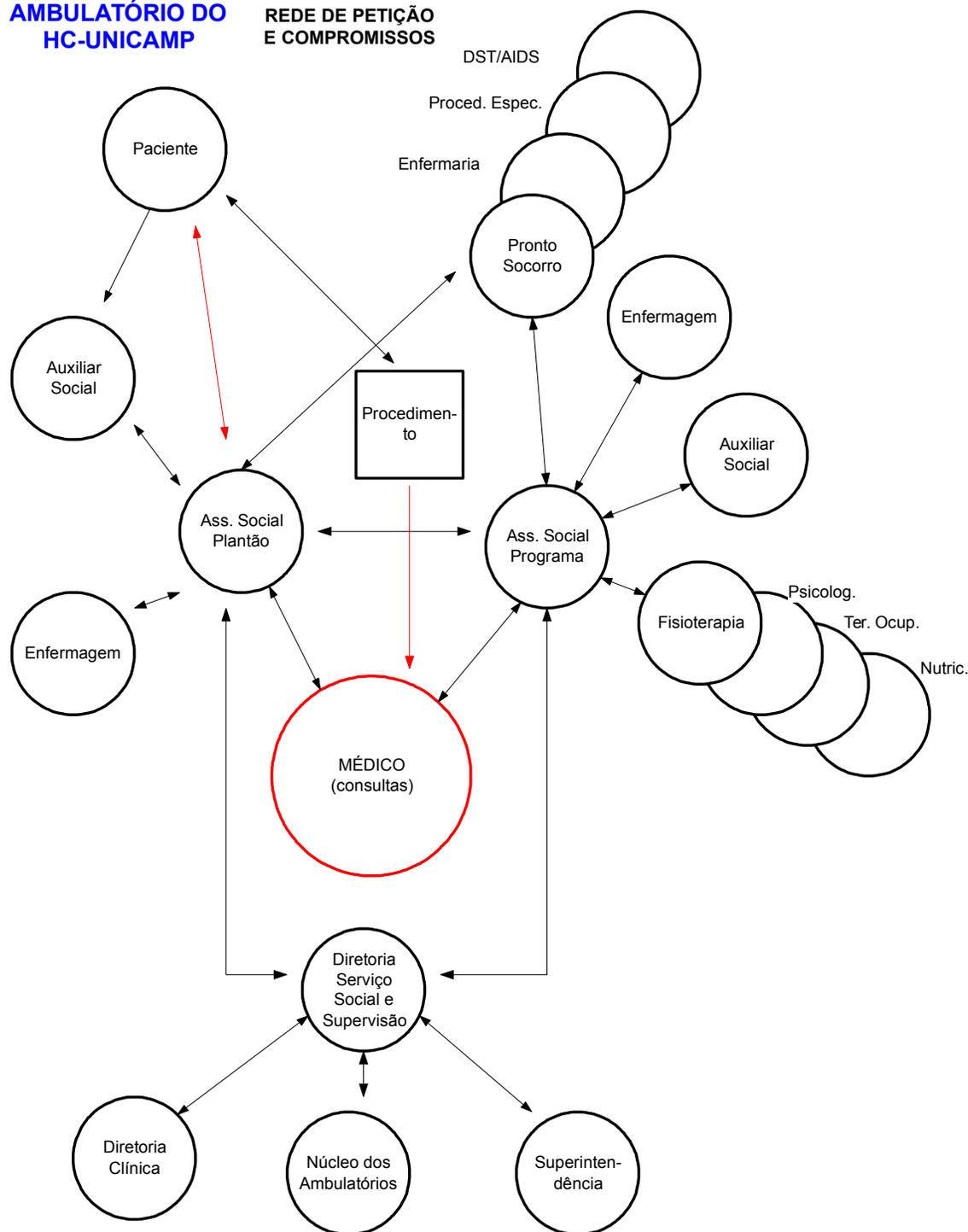
A Construção da Rede de Petição e Compromissos

Para construção da Rede de petição e compromissos, foi utilizada como seu centro o próprio Serviço Social de cada área ou unidade do hospital. A imagem é a de uma “estaca”, firmada junto a assistência social, figurando como o centro da rede. A partir deste ponto, foram identificados e relacionados os diversos atores que estabelecem relação com o Serviço Social, fazendo pedidos e firmando compromissos ao mesmo tempo. A construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, o tipo de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores com o Serviço Social e mesmo, internamente ao próprio serviço.

Todas as unidades fizeram suas redes de petição e compromissos, sempre a partir da assistência social. Como há equivalência entre as diversas questões relacionadas ao Serviço Social nas diversas áreas do hospital, para efeito da análise, fez-se um recorte delimitando a rede construída pela área dos ambulatórios. A representação gráfica da rede de petição e compromissos da área de ambulatórios é a seguinte:

AMBULATÓRIO DO HC-UNICAMP

REDE DE PETIÇÃO E COMPROMISSOS



Podemos observar no diagrama que expressa a rede de petição e compromissos, que na verdade existem duas “estacas” do Serviço Social, recebendo e emitindo pedidos e estabelecendo compromissos. Uma primeira referência é do serviço de Plantão e o outro

relacionado aos Programas. Verificamos que o usuário, retratado aqui de paciente, só aparece uma vez, na ponta do diagrama, se relacionando com a assistente social de plantão, a auxiliar de assistente social e núcleo de procedimentos especializados. Todas as outras relações são mantidas, com serviços internos ao próprio hospital. Nota-se que, apesar da expressão gráfica da Rede de petição e compromissos retrata-la, tendo como centro o Serviço Social, o que aparece de fato em posição central, refletindo portanto sua força de atração no interior da rede que se realiza, é o ato médico, através da consulta.

Cabe questionar aqui o fato de que, nesta rede, o usuário é quem menos pedidos faz. A área de ambulatórios, o tem em posição marginal, e mantém centralmente e prioritariamente relações com os muitos serviços ali existentes. Como se verifica, inclusive pela representação gráfica, este não é um serviço montado e funcionando centrado no usuário. A escuta qualificada e o estabelecimento de relações que possam contribuir na definição da micropolítica da organização dos serviços, não existem institucionalmente. Na Rede de petição e compromissos, está claro que o Serviço ouve e fala a ele mesmo e aos outros serviços circunscritos à área de ambulatórios, a quem a assistência social, naturalmente deve servir. Neste movimento, o Serviço Social estará obedecendo a um comando determinado pelas dinâmicas intrínsecas ao próprio estabelecimento. Fica portanto a seguinte questão: Quem faz pedidos ao Serviço Social e determina sua rede de petição e compromissos, inclusive a dinâmica de seu funcionamento? Quem, em seus pedidos coloca o usuário “paciente” à margem dos processos inter e intra institucionais?

Pela representação gráfica da Rede de petição e compromissos, verificamos que há três linhas pelas quais correm os pedidos e compromissos que comandam a micropolítica da organização e relações do Serviço Social, quais sejam:

1. O hospital, representado pela sua superintendência, que comanda toda a burocracia interna, define normas e controla recursos. A superintendência tem certamente interesse em que o Serviço Social cumpra determinada missão e atue sob preceitos rigorosamente determinados de acordo com os interesses do estabelecimento. A Assistência Social se vê assim, enquadrada pelo instituído, que é capaz de definir a sua rede de compromissos. O Serviço é subsumido pelas leis e normas que regem os interesses do hospital escola.

2. Os médicos docentes, representados no diagrama pela Diretoria Clínica, são na verdade um forte corpo interno, que define relações, normas e critérios para o funcionamento do Serviço Social. À corporação médico docente o Serviço Social deve ser útil, aos seus interesses e por isto mesmo, determinam que resultados e produtos a assistência social do hospital deve oferecer.

3. O saber técnico estruturado da assistência social, representado pela Diretoria e Supervisão que conduzem as práticas sob determinados parâmetros e principalmente, cumprindo os compromissos tacitamente estabelecidos com a Superintendência do hospital e a corporação médico docente. No diagrama que representa a rede de petição e compromissos do Serviço Social da área de ambulatórios, estas relações estão muito bem representadas. Podemos ver que a Superintendência e a Diretoria Clínica mantêm em relação, a Diretoria do Serviço Social e esta, por sua vez, comanda as esferas operacionais do Serviço Social, plantão e programas, da área de ambulatórios. Esta é a rede transmissora do instituído. Vê-se que a partir daí, o Serviço Social estabelece sua ampla rede, no plano operacional, com os diversos serviços internos à própria área dos ambulatórios.

A Rede de petição e compromissos, nos revela como se dá o enquadramento do Serviço Social aos interesses do hospital. Observa-se com clareza a impossibilidade do usuário penetrar este sistema e influir esta rede de compromissos. É nítida, mais uma vez, sua figura coisificada, receptor e não sujeito da organização dos serviços e seus processos micro decisórios.

No detalhamento da análise, pode-se verificar ainda que:

A rede de conversas se apresenta tensa entre o serviço social, o usuário e o médico. Há pelo menos, três hospitais operando num mesmo espaço, num mesmo ambiente. Há um hospital na cabeça dos médicos, que na qualidade de docentes, pensam determinada missão para o hospital, que vem de encontro aos seus interesses, quais sejam, a de prestar assistência hospitalar, tendo o HC-UNICAMP como um centro de excelência nesta área e ainda, produzir conhecimento através das atividades de pesquisa e docência. O Serviço Social é inserido na organização dos serviços do hospital, subsidiariamente para que o estabelecimento tenha sucesso na sua missão. Voltaremos a este ponto na discussão do Fluxograma descritor, mais a frente. Há um outro hospital na cabeça das assistentes sociais, que trabalham com o imaginário da realização da assistência social como uma ação

autônoma, onde seria possível operar a partir da tecnologia própria do Serviço Social e sob parâmetros humanitários e do direito de cidadania. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído ao hospital, vem se revelando a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e compromissos estabelecidos revelam, o quanto aquele ideário dos trabalhadores da assistência social, se encontra fora dos interesses das corporações que comandam o hospital. Há ainda um terceiro hospital, o dos papéis, da burocracia que opera através das normas, expedientes administrativos, e usa destes instrumentos para garantir a missão do hospital, mencionada anteriormente. Define, desta forma processos micro decisórios como os fluxos, o acesso, a assistência real prestada aos usuários e os produtos oferecidos pelos diversos serviços hospitalares. Acima de tudo, enquadra os diversos segmentos ao seu propósito.

Há inúmeros ruídos que atravessam o serviço de assistência social e são portanto objeto de análise. Vindo geralmente do usuário, os problemas se manifestam muitas vezes nestes ruídos que fazem eco nos corredores do hospital. Eles são por excelência questionadores do modelo. Estes barulhos se apresentam no dia a dia, da seguinte forma:

- Usuários que diante das tensões existentes no próprio serviço e das dificuldades de acesso, constroem uma rede paralela para internação, através do Pronto Socorro, principalmente.
- Tentativas de manipulação pelo usuário dos trabalhadores do serviço social, a fim de garantir seus interesses/direitos.
- Dificuldade na interlocução entre os que operam os serviços e os que determinam suas normas, ou seja, entre os que fazem e os que mandam, em função de trabalharem uma rede de serviços verticalizada.
- Distanciamento do centro de poder do hospital, que na realidade define o processo de trabalho, de quem realmente o executa e promove o encontro do serviço com o seu destinatário final, o usuário.
- Critérios para internação nem sempre definidos com objetividade e nem sempre definidos por quem está na “ponta” do serviço.

A Rede de petição e compromissos revelou importantes questões, até então não percebidas, e colocou a necessidade de uma análise mais detalhada da micropolítica de organização do trabalho no Serviço Social. Seria necessário ainda, melhor localizar este

serviço no contexto mais geral da área dos ambulatórios, bem como revelar os caminhos que o usuário percorre em busca do acesso, atendimento, enfim, dos seus direitos em relação à assistência. Para fazer esta análise, optou-se pela construção do Fluxograma que descrevesse o processo de trabalho, detalhadamente.

O FLUXOGRAMA COMO ANALISADOR DA MICROPOLÍTICA DOS PROCESSOS PRODUTIVOS

O Fluxograma neste caso, é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Assim, o diagrama apresentado é uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho de assistência social, cotidianamente. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: A elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Procura-se com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de assistência social e assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se assim, ao retratar todos processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do Serviço Social.

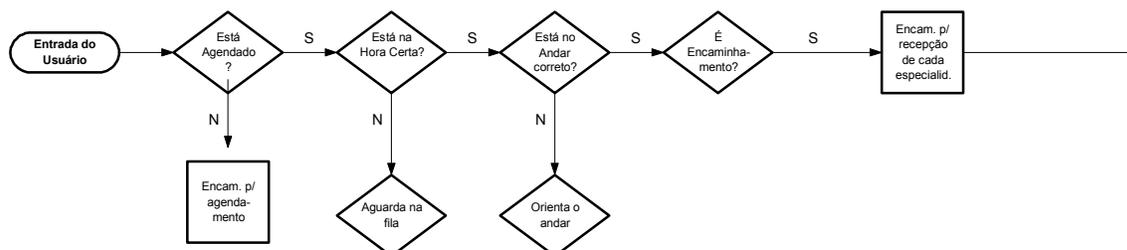
Assim como na elaboração da Rede de petição e compromissos, para a construção do fluxograma foi escolhida a área de ambulatórios do HC-UNICAMP.

O trabalho de elaboração do fluxograma, contou com a presença da direção do Serviço Social e demais trabalhadores, assistentes sociais e auxiliares de assistentes sociais na área de ambulatórios. Como já foi mencionado neste texto, é fundamental que o processo de construção do Fluxograma seja coletivo. Isto vale em certo sentido, para trazer mais memória acumulada para composição do diagrama do fluxo, na medida em que utilizamos da memória das pessoas como fonte de registros e informações, por outro lado, é importante, como exercício de reflexão do processo de trabalho de cada um e da equipe ao mesmo tempo. Na discussão coletiva, de construção do Fluxograma, há uma acumulação de consciência da situação do serviço, bem como apropriação dos processos vividos pelos

trabalhadores, podemos assim dizer, é assim que se inicia a construção de sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de assistência.

Apresentaremos a seguir, etapas do processo de trabalho do Serviço Social dos ambulatórios para mais a frente, apresentar todo o Fluxograma.

A entrada do usuário:



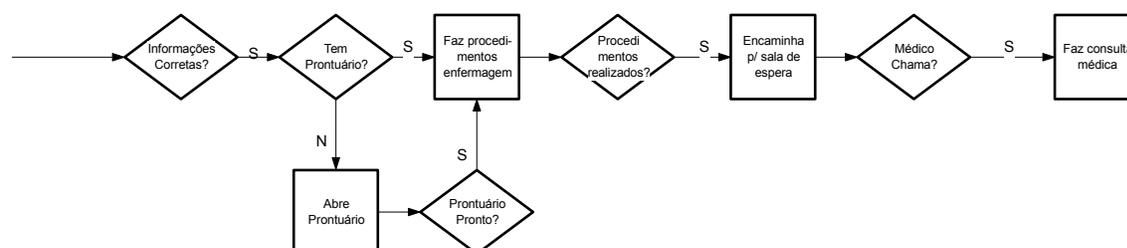
O Fluxograma demonstra que para o usuário ter acesso à consulta médica, que é o principal produto oferecido pela área de ambulatórios, tem que cumprir uma série de requisitos, que são verificados na entrada do hospital. Esta abordagem do usuário, se dá de forma sumária, às vezes até autoritária. Não há portanto, nenhuma escuta a este usuário que chega.

Os requisitos estão representados pelos losangos que perguntam se o usuário; *está agendado?*; *Está na hora certa?*; *Está no andar correto?*; *É encaminhamento?*.

A entrada é rigidamente burocrática, configurando o perfil do serviço, que continua nas outras etapas do processo de trabalho, desta mesma forma, burocratizado. Novamente se confirma o fato do usuário virar um objeto diante das diversas etapas do processo de trabalho pelas quais ele vai passar.

Se o usuário responde a todas as questões acima, ele é encaminhado para a recepção a fim de aguardar o médico para consulta, representado no diagrama abaixo.

Esta etapa representa o usuário no momento em que este entra na recepção até a consulta médica.

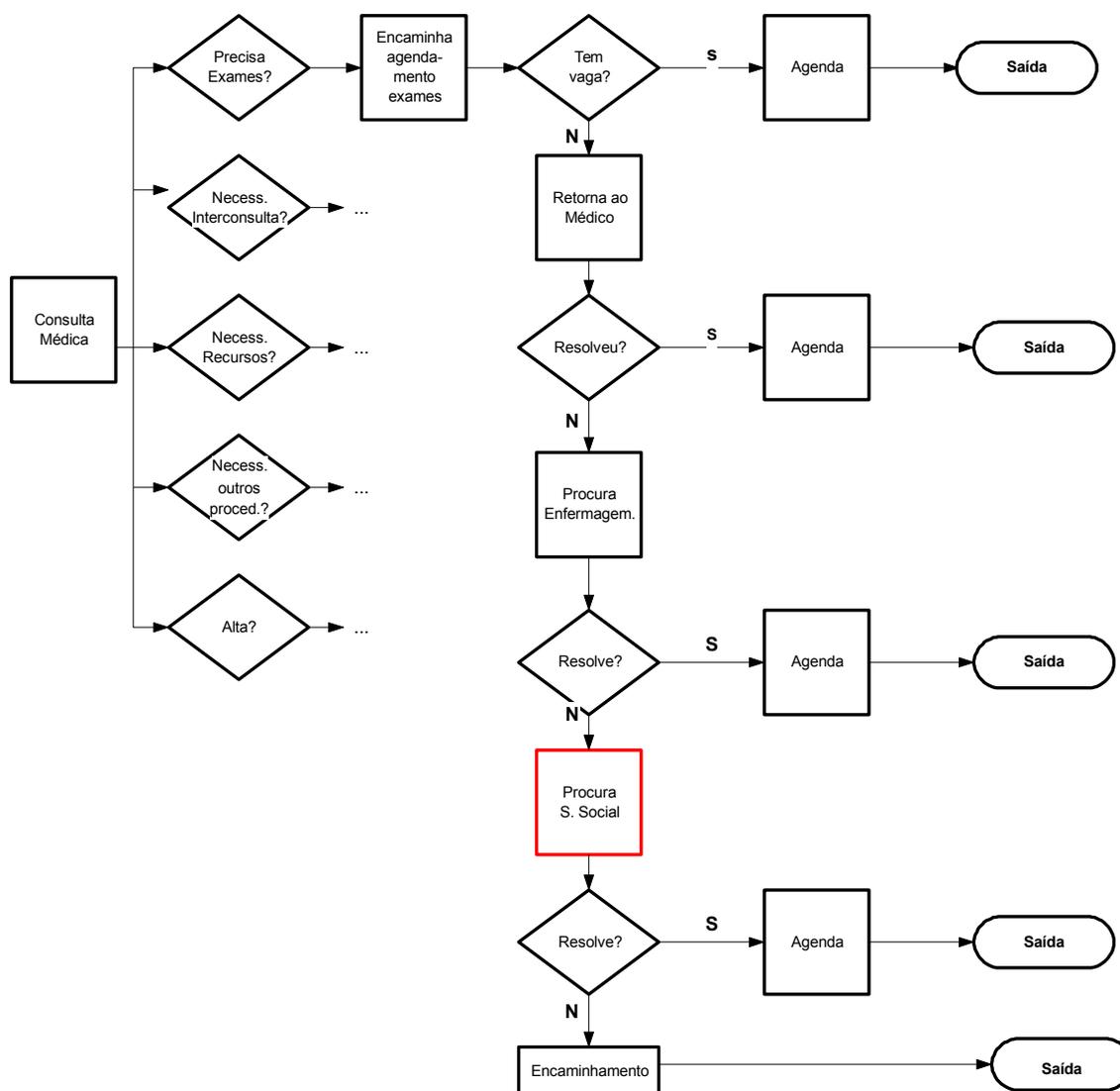


Aqui, o usuário tem suas informações checadas pela segunda vez a fim de confirmar a sua consulta. Em seguida, verifica-se o prontuário, são realizados os procedimentos de enfermagem (pré-consulta) e finalmente encaminhado para a sala de espera, onde ele deve aguardar que o médico o chame para consultar.

Todas as ações realizadas até aqui se fizeram em função do ato médico que produz consulta, revelando um processo de trabalho centrado no saber e na pessoa do médico.

Por sua vez, a consulta gera uma série de necessidades, alimentadas por um cardápio de ofertas de serviços disponíveis (ou não), reproduzidos pelo diagrama abaixo.

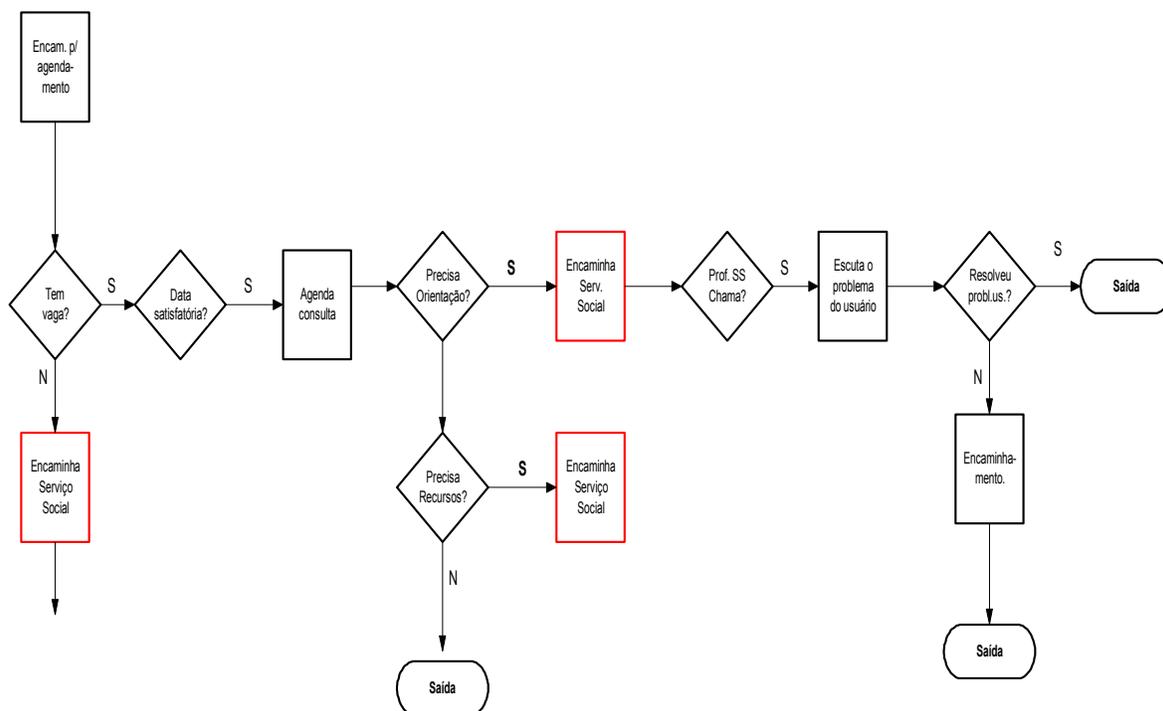
Após a consulta médica, necessidades/cardápio de ofertas.



A consulta médica gera uma série de necessidades e é ela que define a opção por qual serviço, dos que são oferecidos, deverá ser ofertado ao usuário. Reafirma a análise de que é o centro do processo de trabalho. Para entender esta etapa do processo de trabalho, foi feito um recorte onde se construiu apenas o Fluxograma referente aos exames, visto que os fluxos dos outros serviços, repetem o processo de trabalho deste, com pequenas variações que não modificariam a nossa análise.

Pela primeira vez aparece o Serviço Social no fluxograma. Figura no caso, como a última opção do usuário, após tentar de todas as maneiras, retratadas no diagrama, a marcação de exames.

Voltando à entrada, reproduzimos abaixo o Fluxograma do usuário que tenta agendamento para consulta médica, após ser barrado no acesso à mesma, por não ter agenda.



O agendamento é um caminho tortuoso e incerto. Aqui o Serviço Social aparece mais vezes, localizado graficamente no momento em que o usuário tem um problema para resolver, especificamente quando não tem vaga para o agendamento, ou se ele agenda, mas precisa orientação ou recursos (transporte, alimentação ,etc...). A própria localização no desenho gráfico do Serviço Social, nas pontas, é como se à assistência social coubesse

segurar nas “beiradas”, o usuário que pode “escapar” da assistência que lhe é oferecida pelo hospital, após encontrar alguma dificuldade.

Verificamos, que no limite da sua impossibilidade em resolver problemas dos usuários, impedidos às vezes por políticas ou falta de recursos impostas pelo próprio estabelecimento, o Serviço Social, aparece o “encaminhamento” como a solução ou a não solução para o usuário. Aqui ele fica a mercê da própria sorte, pois não há contra referência para os encaminhamentos realizados.

ANÁLISE DO FLUXOGRAMA:

Durante o trabalho de construção do fluxograma, verificou-se no início, dificuldade na definição da entrada do usuário no ambulatório. A equipe de técnicos vivenciou coletivamente a dificuldade do acesso aos serviços, quando se colocaram (como profissionais) no lugar do usuário, no sentido de retratar o caminho que este faz para acessar o serviço. Foi necessário fazer a desconstrução da entrada, para “desobstruir” no imaginário de cada um, o caminho do usuário e relatar assim como se dá o acesso deste à assistência. Ficou evidente neste processo, uma entrada rigidamente burocratizada, como já foi dito (ver Fluxograma).

O trabalho de construção do Fluxograma, foi revelando um processo de trabalho extremamente burocratizado, realizado em função do ato médico, que produz consulta especializada. Aqui este tem se colocado como o núcleo central do trabalho no ambulatório. Toda a produção de serviço que se realiza antes e depois da consulta médica, ocorre em função desta. Neste processo, não há nenhuma etapa de “escuta” do usuário, à exceção no ato da própria consulta. Verifica-se que o usuário durante o trajeto que percorre até a realização da consulta é “coisificado” ou seja, tratado como um objeto.

No processo de trabalho, o Serviço social, como se vê no Fluxograma retratado aqui, aparece sempre “nas pontas do serviço”, ou seja, quando há algum problema para o usuário, ele aparece para apoiar este usuário, “resolvendo” seu problema e garantindo que o mesmo continue o tratamento.

Uma coisa que é importante definir, diz respeito à identificação dos atores que determinam o funcionamento do hospital. Assim, foi colocada uma primeira questão após a leitura do fluxograma, qual seja: Quem determina o funcionamento da área de ambulatórios

(o que vale para todo o hospital)? Quem organiza o processo de trabalho dos ambulatórios, da forma burocrática como está retratado pelo fluxograma e de objetificação do usuário? Repercutindo a análise feita com a rede de petição e compromissos, verificamos que a Administração do Hospital das Clínicas, a Corporação Médico Docente e o próprio Serviço Social, determinavam a organização dos serviços, instituindo um processo de trabalho burocratizado. Os dois primeiros atores têm um poder de mando muito grande sobre o hospital, exercem sua hegemonia definindo a organização dos serviços e seus produtos, de acordo com seus interesses. O serviço social, participa deste processo, na medida em que é colocada a ele determinada missão a cumprir, com seu saber técnico estruturado e as relações que ele mantém junto aos outros serviços. Missão esta, subsidiária aos grandes interesses da administração e da corporação médico docente.

A análise se completa, se temos clara a missão do Hospital Escola, e por consequência do HC da UNICAMP, que tipo de usuário frequenta este hospital e que ruídos provocam ao estabelecer a relação, deste hospital com o usuário? A resposta a estas questões, ajuda a esclarecer a função do serviço social neste contexto.

Vale dizer, que o Hospital Escola, diferentemente dos outros hospitais, tem uma missão que reúne dois grandes objetivos e produtos diferenciados. Em primeiro lugar, o hospital tem o objetivo de oferecer assistência hospitalar de qualidade e portanto, produz serviços para cumprir com este propósito. Tem outro objetivo, dentro da sua missão, que é o de “produzir conhecimento” através do ensino que ali se realiza. Portanto, ao pensar a relação do usuário com o hospital, verificamos que pela natureza escolar do HC, ele dá um valor adicional ao usuário e seu problema de saúde, que são por excelência **insumo** fundamental para a produção de conhecimento.

O HC, com o objetivo de assegurar que este usuário dê continuidade ao seu tratamento (porque sem isso, ele não garante que seus objetivos se realizem), estabelece para o Serviço Social, a missão de “fazer com que o usuário tenha adesão ao tratamento”. Assim se resume a **missão real** do Serviço Social dentro do HC. Isto fica claro, ao verificarmos a localização do Serviço Social na imagem gráfica do fluxograma. Ele aparece “nas pontas” e sempre após a presença de um problema, que poderia funcionar como “barreira” para a continuidade da frequência e portanto do tratamento do usuário, dentro do hospital. A assistência social age para garantir que não se perca este insumo, o usuário para

que o mesmo continue realimentando o sistema de produção de conhecimento através dos serviços hospitalares.

A esta missão imposta ao Serviço Social pelo corpo hegemônico do hospital, conflita uma outra ideia de missão, que freqüenta o imaginário dos profissionais de assistência. A missão, por eles imaginada esta ligada à garantia dos direitos do usuário, na melhora das relações intra-serviços e deste com o usuário e humanização da assistência. Esta ideia de missão, é trabalhada pelos profissionais em micro ações **instituintes**, a partir do seu próprio processo de trabalho, o que os faz entrar em conflito e tensionar a relação com o que está **instituído**, ou seja, as normas do hospital que impõem uma organização do serviço e do trabalho relacionada aos interesses hegemônicos que atuam dentro do estabelecimento. Essa tensão está presente no cotidiano do trabalho no Serviço Social. Verifica-se, nos movimentos instituintes dos trabalhadores da assistência social produzirem pequenas mudanças na relação dos serviços com os usuários, porém, sem a potência suficiente para mudar o que está instituído. Convivem assim, em relação conflituosa e tensa, de um lado o processo de trabalho do serviço social, enquadrado pela rígida e burocrática organização do trabalho na área de ambulatorios, que lhe impõe uma missão restrita, e por outro lado, o ideal de missão do serviço social que os trabalhadores da assistência tentam operacionalizar a partir deste ideário.

Revisitando Matus e sua teoria do Planejamento Estratégico Situacional, esta análise pode ser feita, a partir do “triângulo de governo” (Matus; 1993). Podemos considerar que há no vértice do triângulo dois projetos para o Serviço Social, a saber: O projeto dos Grupos Hegemônicos do hospital, dito como a “missão de criar a adesão do usuário ao tratamento” e o projeto dos profissionais, visto como o de “elevar os graus de cidadania do usuário”. Nos recursos controlados por cada um destes atores, verificamos que: Os recursos cognitivos e do processo de trabalho são controlados pelos profissionais do Serviço Social (detêm o conhecimento técnico e operam o trabalho conforme seu modo próprio, sua singularidade). Os recursos materiais, são controlados em certa medida pela superintendência do hospital que provem o serviço destes recursos, e por outro lado também, é controlado pelo Serviço Social que, ao deter estes recursos, faz uso dele conforme seus critérios. O recurso político no fundamental é controlado pela “instituição”, visto que a corporação médico-docente e a superintendência do hospital, têm o poder de

decisão e mando, e que normatiza, regulamenta e controla os processos de produção da assistência hospitalar.

Ou seja, a governabilidade, que de acordo com Matus, é a relação entre os recursos que o ator controla e não controla, para implementar seu projeto, está em maior medida favorável aos grupos hegemônicos do hospital, o que significa que o Serviço Social tem baixa governabilidade sobre o processo de produção da assistência, do qual ele é protagonista.

De acordo com Merhy (1994, 1997), os trabalhadores têm autonomia, um certo auto governo sobre seus processos de trabalho, os fazeres no micro espaço de produção da assistência à saúde. Podemos assim considerar que o fato do Serviço Social controlar este recurso, do processo de trabalho, lhe dá a possibilidade de implementar seu projeto, através da micro organização do trabalho. Este é por excelência um processo de disputas na arena decisória, que simboliza um jogo interminável pelo perfil da assistência hospitalar, a partir de um determinado recorte interessado dos atores em cena.

Fica portanto, uma questão importante que aparece como um desafio para os profissionais do serviço social: Como fazer com que, a missão ideal se torne missão real da assistência social, em um estabelecimento complexo como o Hospital Escola?

Acreditamos que o método usado para discutir uma avaliação dos serviços, com os trabalhadores em situação e participantes das análises, contribui decididamente para que eles se apropriem do seu processo de trabalho. Esta é a condição para se tornarem sujeitos do processo vivido por eles mesmos.

A condição para que isto se dê, se encontra na tomada de consciência dos diversos enquadramentos que sofrem no seu processo de trabalho, burocraticamente determinados pela corporação médico docente e pela burocracia hospitalar. Mais do que isso, na apropriação por eles mesmos, dos problemas que têm, para implementar seu projeto, que tem como referência fundamental, o ideário de missão que os trabalhadores da assistência social pensam como objeto do seu trabalho.

Enfim, o que se pretende com este trabalho, é demonstrar um método que se é eficaz na avaliação e planejamento do serviço de saúde, a utilização de ferramentas analisadoras como a “Rede de petição e compromissos” e o “Fluxograma descritor”, contribuindo para a revelação de questões obscurecidas pela situação institucional. Ao mesmo tempo que abre

condições para a formação de sujeitos sociais e políticos, que podem assim, ser os construtores do devir, através da sua ação instituinte.

Referências Bibliográficas:

1. Baremlitt, G. F.; Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática - Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos - 1992.
2. Camilo, M.V.R.F; “A Universalidade de Acesso Enquanto Expressão do Direito à Saúde. A Trajetória Histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 - 1996”; Dissertação de Mestrado em Serviço Social defendida na PUC - São Paulo, 1997.
3. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
4. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. Cecílio, L. C. (Org.); Inventando a Mudança na Saúde, HUCITEC, S. Paulo, 1994.
6. Deleuze, G. e Guattari, F.; O Anti-Édipo - Capitalismo e Esquizofrenia; Editora Assírio & Alvim; Lisboa - 1966.
7. Matus, C.; Política, planejamento & Governo - IPEA; Brasília - 1993, Tomo I e II .
8. Merhy, E.E. et Onocko, R. (Orgs.); Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, S. Paulo, 1997.

O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz - MG

Túlio Batista Franco

Delimitando o problema:

Em relação aos modelos tecnoassistenciais para a saúde, temos insistido na tese de que os mesmos assumem determinada configuração, de acordo com os processos e tecnologias de trabalho usados na produção da assistência à saúde. Notadamente, consideramos que um modelo “produtor do cuidado”, centrado no usuário e suas necessidades, deve operar centralmente a partir das tecnologias leves (aqueles inscritas nas relações, no momento em que são realizados os atos produtores de saúde) e tecnologias leveduras (as inscritas no conhecimento técnico estruturado) (Merhy, 1998).

A reestruturação tecnológica na produção da assistência à saúde, e por conseqüência, na inversão do modelo tecnoassistencial, tem se dado de duas formas distintas: Na primeira, por normatização “dura”, que obedece a uma lógica administrativo-financeira, refletindo os interesses de mercado, que têm sua maior expressão na organização das propostas de “saúde suplementar”. Notadamente, os planos e seguros operam com o objetivo de ampliar sua margem de lucro nos negócios da saúde, propondo reduzir os custos de produção da assistência através do controle administrativo dos projetos terapêuticos, intervindo portanto no processo decisório especialmente do médico, reduzindo ao mínimo sua autonomia. Tem servido como exemplo neste caso, as experiências de “Managed Care”.

Em uma segunda alternativa, a inversão do modelo tecnoassistencial tem se dado, através de uma intervenção ao nível da micropolítica de organização dos processos de trabalho, incorporando práticas assistenciais que operam a partir das tecnologias leves/leveduras principalmente. Assim, busca-se a “produção do cuidado”, como eixo na elaboração dos projetos terapêuticos. Esta proposta pensa sobretudo em ampliar os graus de liberdade dos trabalhadores de saúde, dando potência ao “trabalho vivo”, como “modus

operandis” por excelência do processo produtivo em saúde. O modo de implementar a mudança, parte da avaliação de que a inversão do modelo assistencial é processual e deve se dar, na exata medida em que se consegue detonar processos instituintes, protagonizados pelos diversos atores implicados na questão, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. É este conjunto articulado, movido por um projeto assistencial e o “desejo produtivo” de realizar esta mudança, que efetivamente tem a possibilidade de processá-la.

Por sua vez, as análises da mudança dos serviços de saúde, obedecem à lógica estruturante de um ou outro método (lógica administrativo-financeira e intervenção na micropolítica de organização da assistência). No primeiro caso, bem estruturado, a mudança é facilmente capturável através de indicadores também bem estruturados, formulados de acordo com as técnicas próprias da administração pública. No segundo caso, as análises de **processos** de mudanças de modelo assistencial, se tornaram um desafio, dado a dificuldade natural em capturar movimentos instituintes em curso, especialmente no plano micropolítico, para a inversão dos processos e tecnologias de trabalho em saúde. No entanto, a comprovação empírica de um processo de mudança nos serviços de saúde, é importante para a condução mesma do novo projeto assistencial, podendo contribuir para a tomada de decisões em situações de incerteza, na atividade de planejar, na construção de um novo devir para estes mesmos serviços. Acostumados que estamos à avaliação de produtos bem estruturados, onde há inúmeros indicadores que apontam quantitativos exatos, de fácil reconhecimento dos resultados obtidos com determinadas operações, resta pensar, como capturar os processos em curso, de modo que esta captura seja capaz de fornecer dados e informações substantivas o suficiente para validar determinadas análises e contribuir na atividade de planejar?

O objetivo deste estudo é o de, a partir de um olhar usuário-centrado sobre serviços de saúde, testar a eficácia da ferramenta “Fluxograma Descritor”, combinado com Projetos Terapêuticos, neste caso, como uma categoria analítica, para avaliação de serviços de saúde, em apoio ao Planejamento. Para o estudo, usamos o caso do município de Luz, Minas Gerais.

Breve caracterização do Município de Luz-MG.

Luz situa-se na região do Alto São Francisco, a 200 Km de Belo Horizonte, em direção oeste, às margens da BR 262. Tem 17.000 habitantes, com economia predominantemente agrícola. A rede de ensino de 1º e 2º graus é pública, sob gestão da prefeitura municipal e possui ainda cursos de nível superior na área de ciências humanas e biológicas. Sede do bispado, tem uma presença significativa da igreja na organização social.

O serviço de saúde se constitui de uma rede básica, formada por 2 Unidades Básicas de Saúde na zona urbana, 2 Unidades de Saúde na zona rural, laboratório de análises clínicas e 1 hospital privado filantrópico, contratado pelo SUS que presta além da assistência hospitalar, serviços de urgência/emergência. Há ainda o serviço de odontologia, com atendimento prioritário às crianças na faixa de 6 a 14 anos e um serviço de referência em saúde mental, SERSAM. O município é sede administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Alto São Francisco, CISVASF, que congrega os municípios da região para a organização da assistência especializada, através de referências constituídas entre estes municípios. Portanto, o acesso às especialidades ou exames de maior complexidade se dá em outros municípios, via CISVASF ou em serviços do município de Divinópolis e Belo Horizonte.

Em 1998, o Prefeito Municipal convocou a IIa. Conferência Municipal de Saúde, detonando um processo intenso de discussão junto à comunidade local, em torno do tema da saúde. Esses debates resultaram na aprovação pela Conferência, em dezembro de 1998, de um novo Modelo Assistencial para a Saúde, a ser organizado, através das diretrizes do Acesso, Acolhimento, Vínculo/Responsabilização, Resolutividade e Vigilância à Saúde.

No início de 1999 iniciaram-se os trabalhos de reorganização da assistência à saúde no município, envolvendo discussões com todos os profissionais do setor e os usuários, através do Conselho Municipal de Saúde e outras entidades das quais estes participavam. A opção técnico-política da equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde, para a construção do novo modelo assistencial, foi a de reordenar o processo de trabalho, reestruturando assim o modo de produção, invertendo as tecnologias de trabalho em saúde. Isto seria feito através da intervenção ao nível micropolítico, com envolvimento de todos os trabalhadores de saúde, procurando a partir da sua adesão, detonar processos instituintes,

potencializados por um certo “desejo” de mudança, até então existente mas impotente para alterar a situação presente. O pressuposto para que se iniciasse este processo, era a adesão dos profissionais de saúde, mesmo que esta viesse de forma gradativa, a um novo projeto assistencial. Este novo processo de trabalho deveria ao mesmo tempo, vir incorporado de novas tecnologias para a assistência aos usuários. Tecnologias aqui são entendidas não apenas enquanto máquinas e instrumentos, mas sobretudo conhecimento. Para auxiliar no processo, foi feito um planejamento utilizando as técnicas do “Planejamento Estratégico Situacional modificado” ou “ZOPP enriquecido com PES” (Cecílio, 1997).

Neste estudo, analisaremos um momento deste percurso.

Análise de um serviço de saúde, usando o “Fluxograma Descritor”:

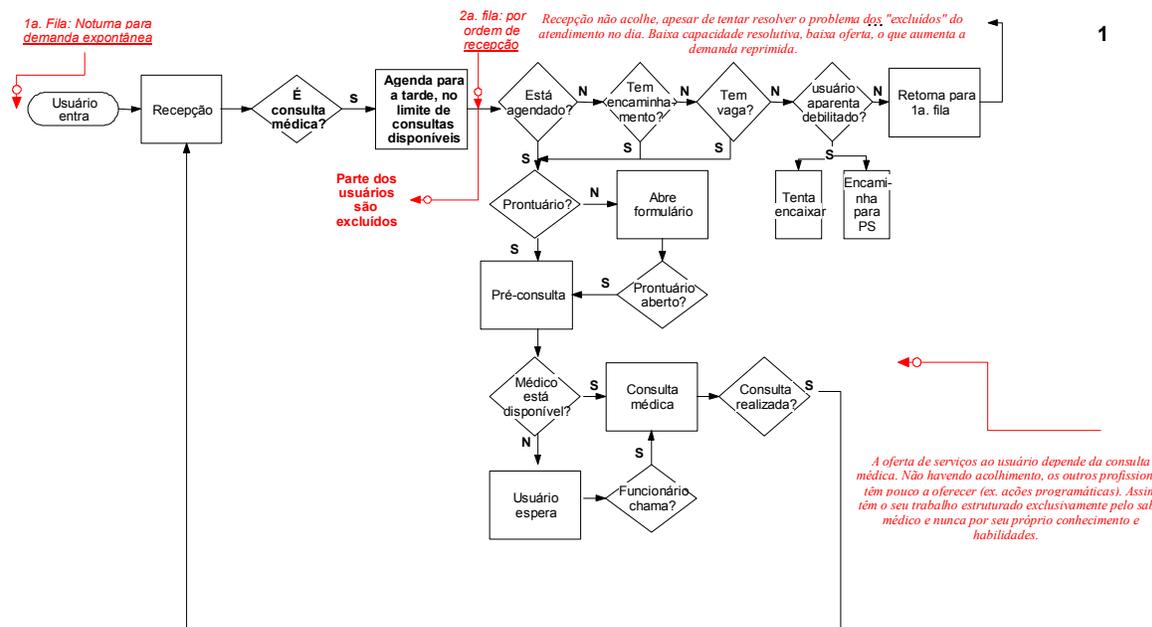
Em recente estudo do serviço de atendimento ao adulto (Clínica Médica) em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Luz-MG, utilizamos para análise do processo de trabalho o Fluxograma Descritor (Merhy et al 1997; Franco & Merhy, 1999). Este consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no Serviço. O Fluxograma permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplicá-lo, lançássemos luz em áreas de sombra até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada no usuário.

A construção do fluxograma se deu de forma coletiva, buscando no registro de memória da equipe que fazia o atendimento ao adulto, os passos seguidos pelo usuário, em busca da resolução do seu problema, nos diversos espaços produtores de assistência na Unidade de Saúde. O processo de construção coletiva, além de apresentar um produto rico, permeado por múltiplos saberes, tem o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, como consequência da organização do processo de trabalho. O grupo produz uma organização do seu pensamento, consciente, que lhe dá a real dimensão de como são produzidas as ações de saúde, o que muitas vezes não é percebido pelos trabalhadores, dado uma certa compartimentação e até mesmo uma “automatização” do trabalho.

Outra questão importante a verificar, é o fato de que a atividade de construção do fluxograma é lúdica, motivando os trabalhadores à participação, processo que é reforçado pelas descobertas realizadas por cada um, à medida em que se constroem o fluxo e cada profissional vai se percebendo na “cadeia produtiva” da assistência à saúde dentro da sua Unidade. Revelações em torno do processo de trabalho que são produzidas pela equipe, vão se apresentando à mesma, como verdadeiras descobertas. Percebe-se de forma nítida no fluxograma construído, o usuário e seu caminho na busca da assistência.

O Fluxograma foi dividido em três partes, que serão apresentadas e comentadas a seguir, tentando identificar principalmente os problemas evidentes no processo de trabalho, que impedem que se realize uma assistência de qualidade, usuário centrada.

Esta primeira etapa retrata a entrada da Unidade e o acesso à consulta médica. Se formos pensar a Unidade Básica de Saúde, dividida em Unidades de Produção de Serviços, temos nesta etapa representados os fluxos da **Unidade de Recepção, a Unidade de Consulta Médica e a Unidade de Prontuários**.



LUZ-MG : Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central.
Outubro de 1999.

Túlio Franco

Descrição da primeira parte do fluxograma:

O primeiro problema evidente no fluxograma, diz respeito à fila que se forma na madrugada, às vezes na noite anterior, de usuários em busca da “ficha” (uma senha) que dá acesso à consulta médica. Após enfrentar a fila (chamada aqui de 1ª. fila), o usuário entra na Unidade às 7 hs. (horário em que se iniciam os expedientes) e se dirigem à recepção para receberem a ficha e agendarem a consulta médica, por ordem de chegada. Após conseguirem agenda, para efetivamente acessarem a consulta que se realiza à tarde, será necessário enfrentar uma 2ª. fila (à tarde), também por ordem de chegada. O processo burocrático de acesso à consulta, a inexistência de dispositivos como o Acolhimento e a baixa oferta, excluem a maioria dos usuários da assistência.

Para a consulta à tarde, o usuário tem de estar previamente agendado (o que deve ter sido feito pela manhã). Há ainda um esquema para “furar a fila”, que são usuários encaminhados por pessoas que detêm influência no mando político da cidade, herança ainda de uma velha cultura e identificado pela equipe como um problema. Vale registrar que esta não é prática oficial da administração municipal, este procedimento é feito contrariando sua orientação.

Verificada a existência de vagas, os usuários são encaminhados para a consulta. (Aqueles que ficam excluídos da consulta, se estiver “debilitado”, questão que é verificada pela auxiliar de enfermagem da recepção, esta tenta encaixá-lo no horário do médico ou é encaminhado para o serviço de urgência do Pronto Socorro. Caso contrário, esse usuário tem que voltar, na madrugada, para a 1ª. fila a fim de tentar conseguir agenda no dia seguinte). Depois dos procedimentos de rotina, em torno da providência de prontuários, se realiza a consulta médica.

Discussão:

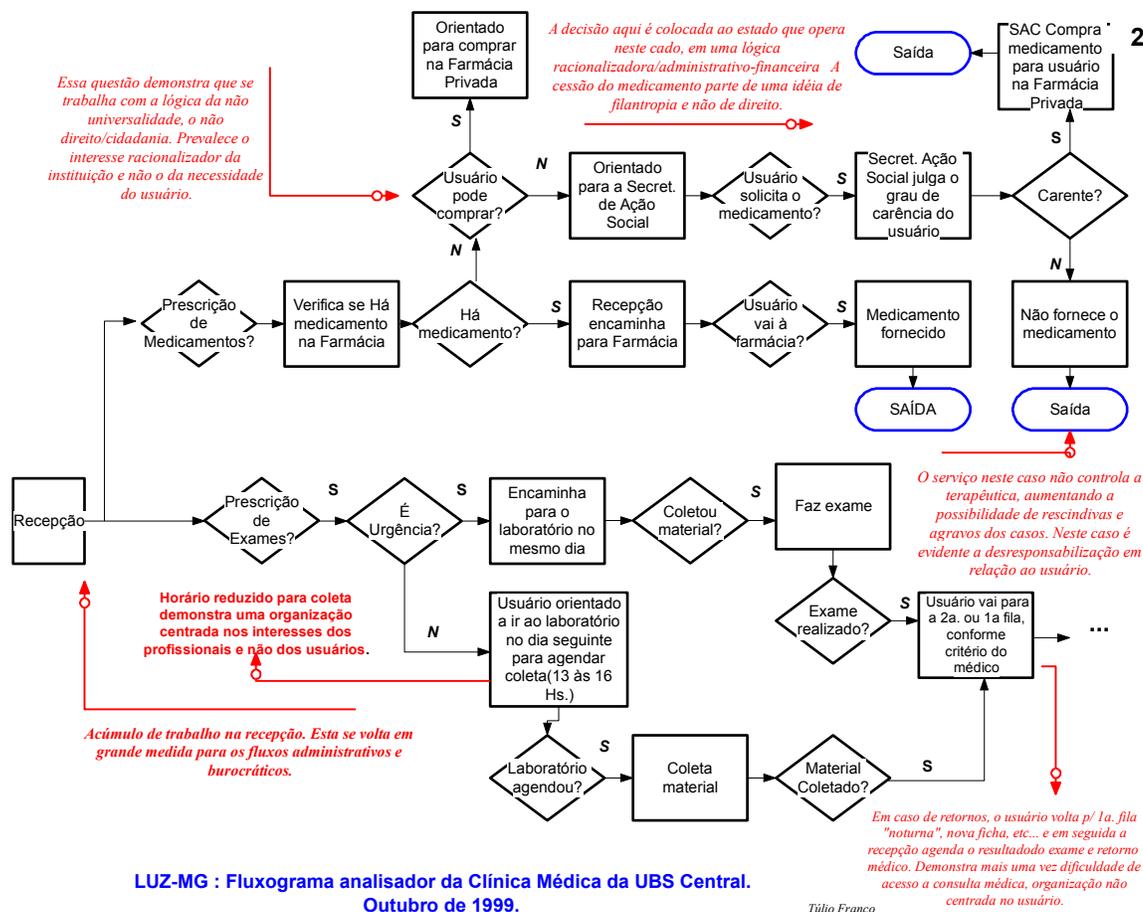
A análise dos processos vivenciados na Unidade Básica de Saúde, pela equipe de profissionais e os usuários, é feita, com o olhar sobre o fluxograma e discussão no coletivo de trabalhadores. Há uma série de fatores que definem a ocorrência de fila na madrugada, a 2ª. fila à tarde e a exclusão de parte dos usuários, sem ao menos terem o seu problema de saúde “escutado de forma qualificada”. Em primeiro lugar, a assistência é centrada na consulta médica, reduzindo a capacidade de resposta do serviço à demanda, ou seja, os

outros profissionais, notadamente a enfermeira e auxiliares de enfermagem, não atuam na assistência direta aos usuários, reduzindo a oferta e conseqüentemente o acesso aos serviços. Este problema é agravado, com a baixa disponibilidade de horas/trabalho dos médicos. Entre os dois que trabalham na Clínica Geral, um deles disponibiliza 6 hs./semana à Unidade Básica e outro 10 hs./semana. Esta questão é levantada pelos trabalhadores como um “nó crítico” para a assistência oferecida aos usuários.

Registra-se uma tentativa por parte dos funcionários da recepção de “encaixar” para atendimento na própria Unidade, ou “encaminhar” para o Pronto Socorro aqueles usuários excluídos do atendimento no mesmo dia, e que necessitam de atendimento imediato, por estarem “debilitados”, conforme verificação das auxiliares de enfermagem e relato dos próprios usuários. Contudo, esta ação não tem potência para mudar o quadro geral de baixa oferta e exclusão de grande parte de usuários.

O processo do atendimento é sumário, burocratizado, exigindo grandes esperas dos usuários, aumentando sua carga de sofrimento. Após a realização da consulta, o usuário volta à recepção para orientações e outros encaminhamentos necessários.

A outra fase do fluxograma (abaixo), demonstra o leque de serviços ofertados pelo cardápio da Unidade, e que são acionados a partir da consulta médica. Estes serviços demandados pelo médico, são encaminhados a partir da recepção, como vemos a seguir:



Descrição da 2ª etapa do fluxograma:

Nesta etapa, temos a representação de como se dá o desenvolvimento do fornecimento de medicamentos, após a prescrição do médico. Aqui está representada como a **Unidade de Dispensação de Medicamentos (Farmácia)**:

Após verificar a prescrição, a recepção checa a existência do medicamento em estoque da farmácia e tendo o medicamento, encaminha o usuário para o recebimento do mesmo. Sendo fornecido o medicamento, o usuário tem por encerrado seu trajeto na Unidade. Porém, se não há o medicamento, o usuário é questionado pelo funcionário do

serviço, se ele pode comprá-lo. Se sim, é orientado a adquirir o medicamento em farmácia privada. Se não, é orientado a procurar a Secretaria de Ação Social que vai julgar seu “grau de carência econômica/financeira” e se estiver dentro dos critérios desta Secretaria, ele poderá receber dela o medicamento necessitado, se não, este não será fornecido.

Discussão:

É importante perceber neste ponto, que a questão do fornecimento de medicamentos ao usuário, é tratada de acordo com uma lógica filantrópica, a partir da ação do estado (no caso, prefeitura). Isto se explica em primeiro lugar, na medida em que parte dos medicamentos são fornecidos pela Secretaria de Ação Social. Em segundo lugar, pelo fato de que o julgamento da necessidade “*do usuário*” é feito pelo representante do governo municipal, um funcionário da Secretaria de Ação Social, que portanto julga de acordo com critérios desta, que representa o governo na área de assistência social. Por estas razões, podemos deduzir que o acesso ao medicamento neste caso, embora reconhecido idealmente como um direito de cidadania, é na prática considerado como um benefício a ser concedido aos pobres, que são tidos como tal pela prefeitura através da Secretaria da Ação Social.

Nas entrevistas que ocorreram durante a construção do fluxograma e nos dias que o antecederam, o tema da provisão de medicamentos na rede assistencial, para o fornecimento aos usuários que deles necessitassem foi dominante nas discussões entre a equipe técnica e a gestora do SUS. A constatação de que uma pequena parte de usuários tinha acesso aos medicamentos, mesmo os de uso contínuo, de que um grande volume dos mesmos eram adquiridos em farmácias privadas, que muitos usuários deixavam de tomar os medicamentos e retornavam aos serviços com seu estado de saúde agravado por este motivo, levou a uma certa crise em torno desta questão. O fluxograma revelou com toda nitidez o problema que estava então, sendo discutido.

Além de um viés filantrópico, operando sobre a questão dos medicamentos, aparece uma outra lógica estruturante na organização deste serviço, qual seja, os interesses racionalizadores/administrativos/financeiros, partindo de algum lugar do governo, no sentido de economizar recursos com medicamentos. Esta questão, pelos relatos oferecidos, foge à governabilidade da Secretaria de Saúde. Problema este, combinado com outro, o da

desorganização do fluxo no fornecimento de medicamentos, a falta de uma lista básica que orientasse a prescrição, tornou caótica esta questão.

O outro serviço demonstrado nesta etapa diz respeito à **Unidade de Exames Laboratoriais**. Após a prescrição dos exames pelos médicos, e do usuário ter ido à recepção em busca de orientação, a auxiliar de enfermagem verifica se o exame é de urgência. Se for, é imediatamente encaminhado ao Laboratório de Análises Clínicas para coletar o material naquele mesmo instante. Após realizado o exame, o usuário é encaminhado ou para a 2ª. fila para retorno ao médico ou para a 1ª. fila de madrugada, para pegar nova “ficha” e agendar novamente uma consulta médica, para ter o acesso ao resultado do exame. O critério entre uma e outra opção “de fila” é do médico, carecendo portanto de uma intervenção do gestor do SUS, estabelecendo norma do serviço, que pudesse padronizar estes encaminhamentos/fluxos, no sentido de favorecer o usuário nesta questão.

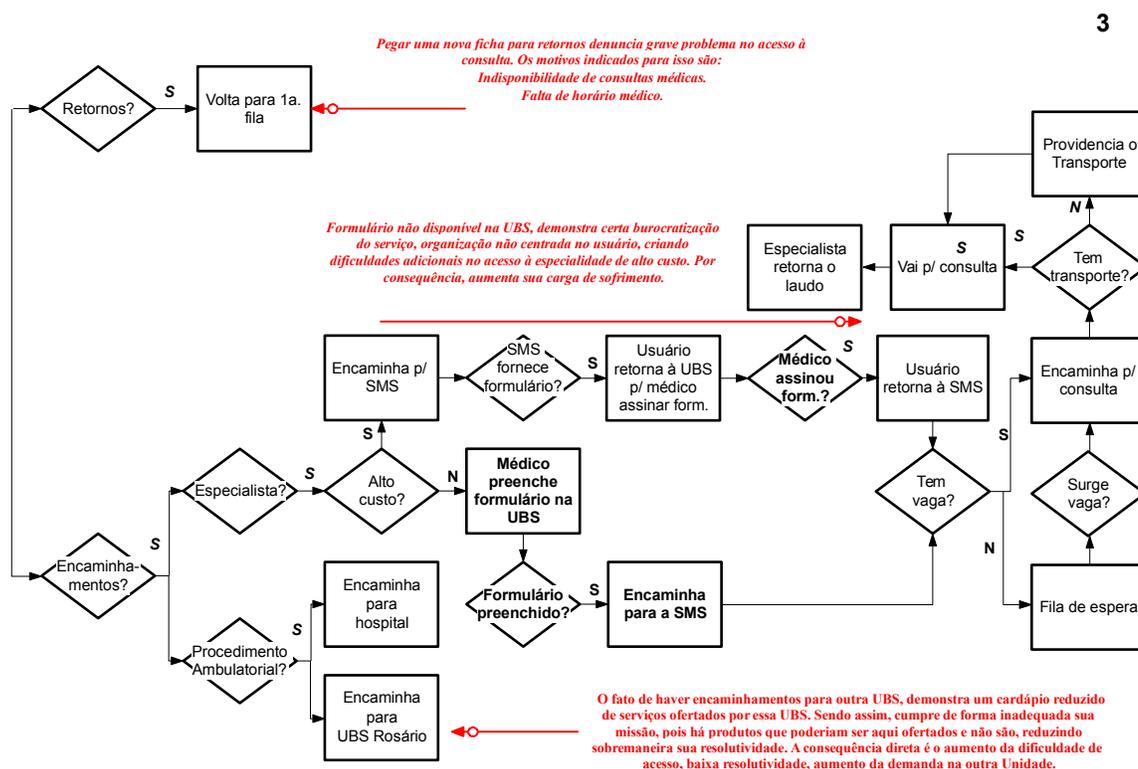
Se o exame não for de urgência, o usuário é orientado a voltar ao Laboratório no dia seguinte, em horário pré-fixado (entre 13 e 16 hs.) para agendar e posteriormente fazer a coleta de material. Após a coleta de material, repete-se o mesmo fluxo anterior.

Discussão:

O funcionamento da Unidade de Laboratório deixa claro o processo burocrático, centrado nos interesses corporativos de quem está trabalhando ali, um serviço pouco implicado com os problemas de saúde dos usuários. As evidências desta afirmação estão no restrito horário para coleta de exames, de prescrições não urgentes. Vale registrar que para o usuário que mora na zona rural, os horários nem sempre coincidem com seu transporte, dificultando em demasia e aumentando a carga de sofrimento destas pessoas, para o acesso aos serviços do Laboratório. De outro lado, os médicos que trabalham na Unidade Básica de Saúde, no período da tarde, ao terminarem seu trabalho, já encontram o Laboratório “fechado” ao expediente externo, impossibilitando até mesmo o agendamento de coleta de materiais.

Na etapa seguinte, o fluxograma retrata em primeiro lugar, a demanda por retornos às consultas, feita pelo médico. Por indisponibilidade de consultas médicas, os usuários são levados a retornarem para a 1ª. fila de madrugada, para disputarem nova “ficha” e nova “agenda de consulta” para o acesso ao retorno. Já foi comentado, o dificultoso processo de acesso aos retornos, agravado pelo fato do usuário ter que retornar à 1ª. fila.

É retratado abaixo também, o fluxo de encaminhamentos, que são realizados pela Unidade de Recepção, ou ao especialista ou para procedimentos ambulatoriais que não são realizados pela Unidade Básica de Saúde Central.



LUZ-MG : Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central.
Outubro de 1999.

Túlio Franco

Descrição:

Como se observa no fluxograma descritor, se for encaminhamento para especialista, a primeira coisa a verificar diz respeito ao tipo de procedimento. Se não for de alto custo, o médico preenche o formulário de encaminhamento na própria Unidade e encaminha para a Secretaria Municipal de Saúde que passa a tomar as providências necessárias à viabilização da consulta ou procedimento especializado, verificando disponibilidade de vagas ao serviço específico e viabilidade do transporte para o usuário.

Se for de alto custo, o usuário é encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde, esta fornece o formulário preenchido que retorna ao médico, para sua assinatura e em seguida vai novamente à Secretaria Municipal de Saúde para que esta tome as providências necessárias à realização do procedimento especializado.

Discussão:

Nota-se que sendo o procedimento de alto custo, o caminho do usuário é bem maior de percorrer, visto que o formulário neste caso, pelo protocolo estabelecido na Secretaria de Saúde, é de controle restrito desta, não sendo permitida sua guarda pela Unidade Básica e nem mesmo o preenchimento pelo médico, o que reduziria enorme esforço do usuário e garantiria agilidade no acesso a procedimentos de alta complexidade/custo. Novamente fica demonstrado os interesses dos profissionais ou mesmo da instituição se sobrepondo aos interesses dos usuários, na organização dos serviços.

Outro encaminhamento que se realiza aqui, diz respeito àqueles de natureza ambulatorial, em procedimentos que não são realizados pela Unidade Básica Central (aqui analisada) e são portanto encaminhados ou ao Pronto Socorro do Hospital ou à outra Unidade Básica, para que atendam ao usuário.

Isto revela uma baixíssima capacidade de oferta de serviços da Unidade Básica de Saúde Central.

Conclusão: Sobre a ferramenta “Fluxograma Descritor”.

O que verificamos é que esta ferramenta, o “Fluxograma Descritor”, não se resume ao traçado gráfico do processo de trabalho. Sua riqueza é completada pelos relatos da equipe que a formulou e seu conhecimento do trabalho assistencial. Este conjunto dão corpo e conteúdo ao Fluxograma.

Se mostrou uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho. Os problemas, indicados pelo fluxograma aqui descrito, são um ponto de partida importante para planejar os serviços, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial.

A ferramenta revela, como todo processo, o dinamismo deste, ações em movimento. Questões antes não percebidas pelos trabalhadores, até porque estavam desacostumados a olhar o problema de saúde, a partir do ponto de vista do usuário, se mostraram como importantes questões a serem enfrentadas.

Encaminhamentos realizados a partir das análises feitas usando o Fluxograma Descritor.

Alguns problemas que se revelaram importantes no processo analítico, foram priorizados para resolução, no plano operativo formulado a partir das revelações do fluxograma. Por exemplo, o horário do laboratório foi modificado para atender melhor aos usuários. O fluxo de acesso a exames e procedimentos de alto custo foi desburocratizado, criando facilidades ao usuário e evitando caminhadas exaustivas dentro do serviço para concluir um certo processo burocrático, que permitisse enfim marcar o procedimento necessário. Abriu-se um processo intenso de discussão em torno da questão dos medicamentos que culminou com a adoção de medidas emergenciais para provimento de remédios à rede básica, com envolvimento do Conselho de Saúde e do governo municipal. Posteriormente, medidas de maior fôlego, com normatização e controle de estoques foram tomadas para evitar desabastecimento. O fornecimento de medicamentos pelo SUS passou a ser tratada como uma questão de cidadania, de direito, alterando assim o status que esta questão tem dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

Outra questão importante, diz respeito à pouca disponibilidade de trabalho médico existente nesta Unidade Básica de Saúde, UBS, muito aquém de qualquer expectativa de

trabalho médico necessário. Isto aparece como um obstáculo para o incremento das ações assistenciais. Esta questão, passou a ser um dos problemas centrais a serem tratados ao longo de muitos meses de discussão, porque enfrentava o tema do “trabalho médico” e sua inserção e regulação pelo serviço público de saúde. Este problema, que tensionou a secretaria de saúde e a própria equipe de trabalhadores da UBS em questão, tem sido um campo de disputas interessante, onde o gestor, após a análise feita pelo fluxograma, se posta mais bem colocado para fazer este debate. Este tensionamento do horário de trabalho, associado a uma postura negociadora por outro lado, têm apresentado resultados satisfatórios para a Secretaria Municipal de Saúde, na perspectiva de aumentar a disponibilidade e responsabilização do profissional médico para com a equipe de trabalho e os usuários, e por conseqüência, elevar o coeficiente de cidadania presente nos serviços de saúde.

Imaginamos que, após a implantação de um novo projeto assistencial para o município, outro “Fluxograma Descritor” deverá ser formulado e a imagem fornecida por este, deverá ser outra, bem diferente, com destaque para os usuários e seus problemas de saúde.

Continuaremos a discussão e análise sobre a Unidade Básica de Saúde, olhando-a agora através das Unidades de Produção e Projetos Terapêuticos.

Um olhar para o Processo de Trabalho a partir das Unidades de Produção da Unidade Básica de Saúde:

Consideramos que em cada lugar onde se produzem atos de intervenção sobre um determinado problema de saúde, do qual o usuário é portador, resultam produtos bem definidos. Esta combinação, trabalho / produtos caracterizam uma Unidade de Produção de Saúde. Assim, o estabelecimento aqui analisado, uma Unidade Básica de Saúde, UBS, contém:

Unidade de Produção de Recepção aos usuários.

Unidade de Produção de Ações de Enfermagem.

Unidade de Produção de Consulta Médica.

Unidade de Controle e Produção de Prontuários.

Unidade de Dispensação de medicamentos.

Unidade de Produção de Exames Laboratoriais.

As Unidades de Produção podem estar **integradas** e operando em um mesmo processo produtivo ou atuarem de forma compartimentada, **autonomizadas** umas em relação às outras. O que define o modo como se integram estas Unidades de Produção é o processo de trabalho desenvolvido no seu espaço próprio. O processo de trabalho, se desenvolvido de forma interativa entre os diversos profissionais, formando no espaço do trabalho em ato, a interação de saberes e práticas, pode servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde, existentes no interior de cada Unidade Produtiva da Unidade Básica de Saúde. Assim, ele pode dar a “liga” entre os diversos produtos das Unidades, funcionando como uma “cadeia produtiva” dos “projetos terapêuticos”, levando portanto aos resultados esperados em relação à resolução do problema de saúde do usuário. Por outro lado, se os processos de trabalho não estão integrados, são compartimentados, cada Unidade Produtiva vai operar de forma autonomizada, alienando os seus diversos produtos de um projeto terapêutico em curso.

Portanto, Projetos Terapêuticos e Unidades de Produção estão intrinsecamente ligados.

O primeiro como o conjunto de atos de saúde pensados para resolver determinado problema e o segundo como o lugar onde se opera esta produção, com os recursos inerentes e necessários à mesma. O trabalho aparece como o elemento propulsor dos processos produtivos, perpassando tanto a um quanto ao outro.

Os Projetos Terapêuticos como analisadores de serviços de saúde:

O usuário, quando entra na Unidade Básica em busca da resolução de um determinado problema de saúde, e é inserido no atendimento, passa em primeiro lugar por uma avaliação do risco de adoecer ou mesmo, por uma impressão diagnóstica, se já se instalou um processo mórbido qualquer. Após esta definição **o** ou **os** profissionais que o atenderam, imaginam um conjunto de atos assistenciais que deverão ser encaminhados com o objetivo de resolver seu problema de saúde. Este **conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, é o “projeto terapêutico”**.

Portanto, o projeto terapêutico pode ser definido por um profissional, por exemplo pelo médico, em processos de trabalho medicocentrados, ou por vários profissionais, em processos de trabalho multiprofissionais. Os projetos terapêuticos são estruturados para produzir o cuidado ao usuário. A produção do cuidado pode se dar através de uma excessiva carga prescritiva, com relações sumárias e burocráticas, centrado na “produção de procedimentos”, utilizando para sua execução centralmente as tecnologias duras/leveduras; ou por outro lado pode estar centrado em uma abordagem “light” do problema de saúde, sobretudo com relações solidárias e conhecimento técnico, executado principalmente através das tecnologias leves/leveduras.

É importante registrar que o “projeto terapêutico” é sempre um conjunto de atos pensados, neste sentido ele só existe enquanto é idealizado e programado mentalmente pelo (s) profissional (ais). É neste estágio que ele é “projeto terapêutico”. Ele ganha materialidade se for executado através da ação do trabalho sobre o usuário “portador de problemas de saúde” e isto ocorrendo, deixa de ser “projeto” para se transformar em atos concretos assistenciais. Um “Projeto Terapêutico” pode ou não se transformar em “Atos Assistenciais”, dependendo para isto do mesmo ter sido executado no todo ou em parte, ou seja, de ter-se aplicado trabalho, como a fonte transformadora de uma coisa (projetos) em outra (atos concretos).

Aqui estamos diferenciando “projetos terapêuticos” de “atos assistenciais”. O primeiro, enquanto uma instância idealizada, tem como estruturante de si mesmo o **conhecimento** de modo geral, seja ele o conhecimento técnico estruturado, ou aquele obtido através das experiências de vida e de trabalho. Articulamos aqui a ideia de Pierre Lévy, 1995; de Patrimônio de Conhecimentos como organizadores dos projetos terapêuticos. Já os atos assistenciais de “per si”, são estruturados pela ação do trabalho, através do qual, aqueles ganham concretude assumindo a configuração de produtos, incorporando “valor-de-uso” (Gonçalves, 1979). Ora, o trabalho se realiza a partir de determinadas **tecnologias de trabalho**. Entendemos tecnologia como o conjunto de conhecimento utilizado para realizar algo, neste caso, para realizar a assistência à saúde (Gonçalves, 1994) ou executar o projeto terapêutico. Sendo assim, tecnologias ou seja, toda tecnologia emana do conhecimento. A máquina (tecnologia dura) nada mais é do que conhecimento incorporado, que ganha materialidade e valor com o trabalho.

Por sua vez, o conhecimento ou os saberes usados para formular determinado projeto terapêutico, vão determinar por assim dizer as práticas de saúde, se aquele projeto for executado. São saberes originados seja da clínica, epidemiologia, psicanálise, sociologia da saúde, de relações humanas estruturadas ou não; outros originados da incorporação de novas tecnologias inscritas em máquinas e instrumentos que ganham inserção nos serviços de saúde; e ainda os saberes que são acumulados através da experiência de trabalho e experiência de vida, e que servem à resolução de problemas de saúde, desde que haja espaço nos serviços para que o trabalho opere com o máximo de “graus de liberdade”; ou que o “trabalho vivo em ato” esteja apto à ação criadora e criativa nas relações estabelecidas com o usuário (Merhy, 1997).

É interessante verificar a reflexão de Merhy, sobre o trabalho médico e as tecnologias usadas por estes, naturalmente, as que servem à definição dos projetos terapêuticos:

“Acredito que o médico, para atuar, utiliza de 3 tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por ‘tecnologias duras’; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”.(Merhy, 1999)

Como já dissemos, o volume de conhecimento usado para a assistência, organizado nestes três grandes campos tecnológicos, ganha materialidade na resolução de problemas de saúde, através das tecnologias de trabalho, conforme as três categorias de Merhy, 1998, já descritas neste texto (as tecnologias duras, leveduras e leves). Os “projetos terapêuticos” são elaborados, a partir de um determinado conhecimento que é hegemônico no tempo e

espaço, e por isto mesmo, é indicado para estruturar a intervenção sobre determinado problema de saúde. Acontece que este mesmo conhecimento que estrutura o projeto terapêutico, é o mesmo que vai definir os campos tecnológicos que deverão ser utilizados para a execução destes projetos terapêuticos.

Na “era flexneriana”, a comunidade médica-científica indica como válidos para resolverem problemas de saúde, os conhecimentos centrados no corpo biológico e na “clínica restritiva”. É como se a comunidade médica-científica colocasse nas mãos dos médicos as “valises” vinculadas às suas mãos, contendo os equipamentos; e aquelas vinculadas à sua cabeça, com os conhecimentos técnicos estruturados, **validando** por assim dizer os projetos terapêuticos que operam a partir destas duas “valises”. Isto significou a organização de serviços de saúde centrados no saber e na pessoa do médico que operam através de uma excessiva carga prescritiva. O cuidado assim, se produz através de procedimentos, e deixa de representar o “cuidado” para representar ao nível da micropolítica da organização da assistência, os interesses do capital (Franco, 1999).

Projetos Terapêuticos e Paradigma das Práticas em Saúde.

Tomando emprestado o conceito de paradigma de Thomas Kuhn, 1962; de que paradigma se refere à organização e desenvolvimento de determinado conhecimento, que se deu ao longo do tempo e de forma processual, mas que ao final se torna paradigma quando se institui, tendo como requisito o reconhecimento pela “comunidade científica”, podemos dizer que os Projetos Terapêuticos atuais, refletem um certo paradigma das práticas de saúde, porque seguem aqueles critérios. São portanto, hegemônicos entre os projetos terapêuticos e as práticas assistenciais em saúde.

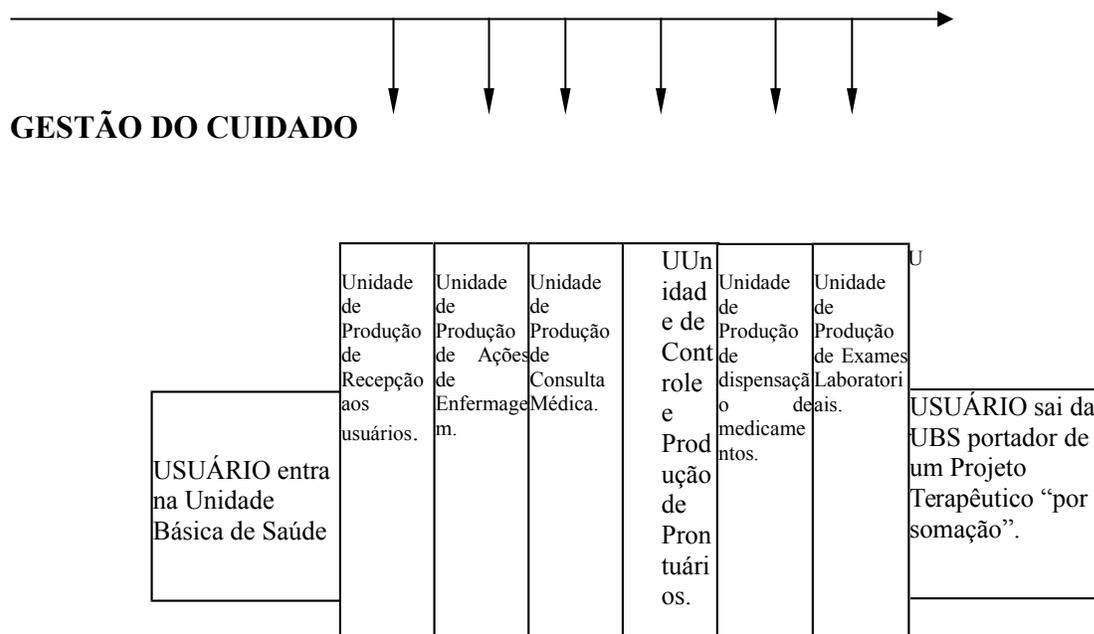
Isto nos coloca a seguinte questão: Se o modo como se produz saúde hoje, reflete um dado paradigma das práticas de saúde, então a inversão do modelo assistencial, é também de ordem paradigmática, ou seja, saberes novos, não instituídos mas que existem e estruturam práticas “anti-hegemônicas” no interior dos serviços de saúde, podem se caracterizar como um “pré-paradigma”, podendo no futuro se instituir e tornar-se um novo paradigma assistencial. Projetos terapêuticos que rompam as barreiras do atual modelo “médico produtor de procedimentos” (Merhy, 1998) e que levem à produção do cuidado

efetivamente, terão validadas suas práticas, se não pela comunidade científica (contrariando Kuhn), pelas evidências empíricas. Isto nos coloca a questão de que a mudança de paradigma é por excelência uma ação instituinte, sem tempo definido, mas sobretudo um processo onde o velho e o novo paradigmas convivem em permanente tensão.

Vivemos uma situação em que os Projetos Terapêuticos podem expressar o modelo “médico produtor de procedimentos” ou “produtor do cuidado” (Merhy, 1999), onde o primeiro estaria operando a partir do atual paradigma das práticas em saúde e o outro, se coloca como instituinte, disputando o devir. Tanto um quanto o outro Projeto Terapêutico, vai conduzir a estruturação das práticas de saúde.

Tomamos o caso da UBS Central do município de Luz, para discutir os “Projetos Terapêuticos” como categoria de análise dos serviços de saúde. Utilizamos os diagramas de Merhy; 1999:

PROJETO TERAPÊUTICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU BUROCRÁTICOS



Para discutir esta questão, tomamos o caso do Projeto Terapêutico para usuários, portadores de hipertensão arterial (doença com maior prevalência na população do município), que buscam assistência na Unidade Básica de Saúde Central de Luz-MG.

O “Projeto Terapêutico” foi aqui definido como o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde. Neste caso, o relato deste projeto terapêutico se deu em reunião da equipe da Unidade Básica de Saúde, usando da memória e do conhecimento destes profissionais em relação à assistência e ao seu processo de trabalho. Nota-se uma articulação entre o projeto terapêutico e as práticas assistenciais (tecnologias) em uso.

Projeto Terapêutico para portadores de hipertensão arterial:

- Atendimento individual.
- 1ª consulta médica.
- Retornos ao médico a cada 3 meses (casos graves) ou 6 meses (casos moderados e leves).
- Orientação, realizada pelo médico na 1ª. consulta.
- Controle de Pressão Arterial (PA) e orientação, a critério do usuário, feita pelo profissional disponível quando aquele procura (Aux. de Enfermagem ou Enfermeira).
- Exames laboratoriais.
- Dispensação de Medicamentos.

Uma primeira questão a ser observada, diz respeito ao modo sumário como se produziu o projeto terapêutico no grupo de discussão. Isto reflete em grande medida, a forma como são realizadas estas ações, igualmente sumárias, onde não há citação de relações acolhedoras e nem mesmo interação entre as diversas ações que compõem o projeto terapêutico.

Sobre o projeto terapêutico e as práticas de saúde manifestos aqui, por se tratarem de um processo de trabalho medicocentrado, uma primeira questão a considerar diz respeito à ação estruturante exercida pelo saber médico, sobre o projeto. Podemos assim dizer que ele se encontra no centro das definições da terapêutica a ser adotada. As outras ações/necessidades do projeto terapêutico, são também demandadas pelo médico, através da sua compreensão do problema de saúde deste usuário. Neste sentido, este projeto terapêutico é formulado a partir do patrimônio de conhecimento existente no profissional médico, considerando que em grande medida se deu por sua formação acadêmica, referenciada no modelo hegemônico de ensino médico, embasado nos princípios “flexnerianos”. Há uma simplificação do problema de saúde, que neste contexto, aparece como tendo sido determinado por alterações no corpo biológico ou melhor dizendo, circunscrito ao campo da clínica, sendo que a sua causa pode ter uma determinação social, psicológica ou de outra natureza, que nesse processo permanece ignorada. Portanto, projeto terapêutico deste perfil, propõe uma intervenção que é simplificada no seu conteúdo, na medida em que não há o reconhecimento da multicausalidade na produção da doença e desta forma, outros saberes-fazer não são chamados a comparecerem neste projeto terapêutico e nas práticas por ele demandadas.

Quando mencionamos que outros campos de conhecimento deveriam estar inseridos nos projetos terapêuticos, interagindo entre si, estamos falando não apenas do saber técnico estruturado, mas também de outros saberes que dizem respeito à produção de ações acolhedoras, de relações intercessoras entre profissionais e usuários, de responsabilização para com o seu problema de saúde, de tecnologias próprias para o trabalho de promoção e prevenção à saúde, que contribuem para a autonomização dos usuários para “viverem a vida” (Campos, 1992). Ou seja, os problema de saúde são suficientemente complexos, e requerem para sua resolução, projetos terapêuticos igualmente complexos, onde a soma de diversos saberes articulados têm potência para resolvê-los efetivamente. Isto requer atos assistenciais produzidos pelos profissionais de saúde, seja pela habilidade das suas mãos, pelo conhecimento patrimoniado no seu cérebro ou a capacidade em perceber o outro como uma totalidade e com ele se relacionar, reconhecendo-o sujeito no processo assistencial. Esta complexidade do projeto terapêutico diz respeito também à incorporação do conhecimento da interação do usuário com seu próprio meio, as condições de vida e

ambiente nas quais ele está inserido. É este conjunto que pode responder de fato às necessidades de assistência à saúde, que são demandadas aos serviços.

Outra questão a ressaltar, diz respeito ao atendimento exclusivamente individual ao usuário. Sem deixar de valorizar a atenção individual/curativa, como um dos recursos importantes da Clínica para intervenção em processos mórbidos já instalados, no entanto, técnicas de condução de grupos podem contribuir sobremaneira para o controle de determinados segmentos de usuários. Por exemplo, peguemos a população de hipertensos de determinada área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde. Estes, se forem acompanhados por programas de perfil burocrático, poderão sofrer de um outro mal, a baixa auto-estima, a incapacidade de operar o auto-cuidado, o que derrota qualquer projeto terapêutico. Os grupos programáticos solidários, “não burocratizados”, que têm o perfil de um “grupo de convivência” ou de “auto-ajuda”, são capazes de elevar a auto estima da clientela, criar adesão ao tratamento, melhora do humor, construindo assim um estado geral mais favorável às relações do usuário com o mundo e ao sucesso do projeto terapêutico. O fundamental é criar o hábito do auto-cuidado, o que só é possível em usuários com auto-estima elevada. Ações coletivas deste perfil devem compor o conjunto de atos de saúde pensados a certos grupos de usuários. Isto é praticamente desconhecido dos projetos terapêuticos atuais, como o caso da Unidade de saúde em estudo.

A eficácia das ações programáticas está relacionada ao fato de que, ela incorpora inúmeros campos de saber e de práticas, com conhecimentos que são próprios da epidemiologia, sociologia, psicanálise, grupos, relações, processos pedagógicos, entre outras práticas, que significam a produção da assistência, mais centrada nas “tecnologias leves e leveduras” do que nas “tecnologias duras”. Naturalmente que as ações programáticas devem compor um conjunto de ações pensadas aos usuários, inclusive as de clínica propriamente ditas.

No âmbito dos Projetos Terapêuticos, é necessário reconhecer que o usuário que se apresenta na Unidade Básica de Saúde, portador de um problema qualquer, traz consigo de um lado, uma realidade sócio-econômica e sanitária, de outro uma certa carga de subjetividade, produto de suas experiências pregressas e vivências atuais e portanto, necessita de uma abordagem completa do seu Ser. Isto pode muito bem ser feito numa

combinação fina entre as ações programáticas e aquelas que se resumem aos necessários cuidados individuais.

Como já mencionamos, o projeto terapêutico hegemônico, não é pensado para estruturar atos assistenciais centrado em trabalho de equipe, mesmo que diversos profissionais se envolvam no mesmo caso. Isto porque este envolvimento como é dado hoje, é formal, normatizado, burocrático, visto que o trabalho de cada um se organiza de forma compartimentada. A relação entre os profissionais, ao invés de solidária, é de natureza hierárquica, onde um detém o saber e por conseqüência o fazer (o médico, em relação aos outros trabalhadores; a enfermeira em relação às auxiliares de enfermagem, etc...) e os outros têm seu trabalho estruturado por este saber-fazer “superior”. O projeto terapêutico compartimentado, refletindo ações e procedimentos que são produzidos por cada Unidade de Produção da Unidade Básica de Saúde, aparece no caso aqui estudado, da seguinte forma:

Para a **Unidade de Recepção**, o usuário aparece como mais um problema, ou seja, consome uma “senha” para consulta, limitando o já racionado número de consultas a serem ofertadas aos demais. Como cabe à recepção administrar o acesso às consultas, racionando a oferta, a presença do usuário (qualquer um) produz de imediato uma certa tensão na recepção. Esta tensão encontra uma “linha de fuga” que aparece através da ação de alguns profissionais, ao indagarem àquele usuário que foi excluído do atendimento no dia, tentando perceber se o seu problema de saúde é urgente. Se confirmar que sim, este profissional aciona o Pronto Socorro do Hospital para o atendimento daquele usuário. O trabalho na recepção ainda é dividido entre o agendamento de consultas, no limite das vagas existentes, e a orientação aos usuários.

Para a **Unidade de Controle e Produção de Prontuários**, o usuário representa um número, que o identifica e facilita ao recepcionista encontrar este documento, sem o qual, a consulta não se realiza. A missão desta Unidade é simplesmente burocrática, da guarda e organização dos prontuários. Em uma organização mais otimizada desta Unidade, ela poderia oferecer outros produtos, como dados de morbidade ambulatorial, informações em relação às prescrições para maior controle da sua eficácia, informações que contribuíssem para o controle de custos, e outros produtos gerados a partir dos recursos de informações,

contidas nos prontuários. No entanto, na atual forma de organização, esta Unidade tem sua missão bastante reduzida.

Para a **Unidade de Produção de Consulta Médica**, aquele usuário é mais um entre os demais, e nesta Unidade tem sido estruturado seu projeto terapêutico. Daqui partem as definições em relação às ações e procedimentos que serão demandadas aos outros profissionais de saúde. A consulta médica é o dispositivo organizado para diagnóstico e obtenção de subsídios para a formulação do projeto terapêutico. No entanto, os relatos indicam que ela tem se realizado na maioria dos casos, como um ato sumário, regulada por um tempo “T”, virtualmente de 15 minutos mas que se realiza em tempo bem inferior àquele, ficando assim o profissional “liberado” para uma segunda jornada de trabalho em outro lugar. Esta questão se tornou em vários casos, uma discussão importante para negociação de um re-contrato do trabalho médico em modelos assistenciais usuário centrados.

Organizar serviços capazes de formular e operar projetos terapêuticos que venham a atender às “necessidades reais” dos usuários, significa incorporar a ideia de multicausalidade na produção dos problemas de saúde, onde o médico é um dos componentes importantes na definição deste projeto terapêutico, mas partilhando do mesmo com os diversos profissionais de saúde. Em grande medida, eles são grandes vítimas de um modelo assistencial empobrecedor dos projetos terapêuticos, que amesquinhou as práticas em saúde através de uma ideia reducionista do objeto de trabalho. “Toda apreciação do objeto de trabalho médico que se detenha no corpo anátomo-fisiológico se equivoca portanto, ao despir o conteúdo técnico desse trabalho de sua natureza imediatamente social” (Gonçalves, 1979). Libertar os diversos trabalhadores da saúde, do aprisionamento em que se encontra seu trabalho, com a conseqüente redução da sua potência em resolver problemas de saúde, é obra coletiva, onde eles próprios podem ser dispositivos de mudanças, ao reorganizarem o processo de trabalho para a produção da saúde.

A Unidade de Produção de Ações de Enfermagem. Chamamos de ações de enfermagem intervenções sobre o corpo do usuário com vistas às imunizações, curativos, apoio à consulta médica como a “pré-consulta” e “pós-consulta”, ações para o diagnóstico como coleta de material para exames no laboratório de análises clínicas, entre outros. Esta Unidade opera com o trabalho das auxiliares de enfermagem, sob o mando da demanda

médica, como já foi mencionado, e supervisão da enfermeira. A auxiliar de enfermagem se coloca nestes casos como assessora do médico, sem autonomia, com seu potencial assistencial reduzido às ações estruturadas da Unidade de Produção. Mesmo tendo habilidades para a escuta dos usuários, através de ações acolhedoras que poderiam ser organizadas em um novo modelo de assistência, aqui ela se resume à ação normatizada da pré-consulta e pós-consulta. O tipo de organização da produção nesta Unidade a torna burocratizada, tirando potência do serviço.

A **Unidade de Dispensação de Medicamentos**, no modelo tradicional com papel central nos projetos terapêuticos, pois estes têm como um dos seus principais insumos os medicamentos, têm sua performance mais bem definida pelo fluxograma descritor. Considerada uma Unidade cara, dado os altos preços praticados pelos fabricantes e distribuidores de medicamentos, opera com racionamento. No entanto, é uma Unidade sensível à percepção do usuário, dado o alto valor que este dá aos medicamentos para a sua terapêutica. Em relação aos modelos assistenciais, a valoração desta Unidade depende de qual modelo opera nos serviços de saúde. Se o modelo “médico produtor de procedimentos”, há uma valorização acima do necessário para a produção de saúde; se o modelo “produtor do cuidado”, esta valorização se dá na medida exata da necessidade dos cuidados assistenciais. No caso de Luz, além da escassez deste recursos, esta Unidade é super valorizada e por isto mesmo, a contradição existente exacerbou-se e o serviço entrou em crise, porque não conseguia responder à excessiva demanda por medicamentos, gerando insatisfação nos usuários ou mesmo custos extraordinários, devido à aquisição no mercado privado farmacêutico do município, dos medicamentos demandados.

A **Unidade de Produção de Exames Laboratoriais**, opera também a partir da demanda médica. Integrada aos projetos terapêuticos, é responsável por um dos principais insumos na produção da saúde, no modelo assistencial tradicional, os exames para diagnóstico. Neste sentido, ocupa um espaço importante, junto com a Unidade de dispensação de medicamentos. Igualmente sensível aos usuários, é sobre valorizada pelos projetos terapêuticos, no atual modelo.

Conclusão:

Os Projetos Terapêuticos, tal como estão pensados, centrados no problema de saúde entendido como expressão de um corpo anátomo-fisiológico, e da forma como são aplicados no interior da Unidade de Saúde, organizados em torno das diversas Unidades de Produção, se mostraram potentes para revelar os limites do processo de produção da assistência ao usuário.

Foi importante para o trabalho de análise do serviço, feito a partir do projeto terapêutico, escolher um problema de saúde existente, de grande prevalência no município, visto que sendo assim, o mesmo era de conhecimento da equipe, facilitando as discussões em torno do mesmo. Este procedimento tornou mais fácil buscar na memória da equipe, a forma como operam os profissionais de saúde diante deste problema, assim como os projetos terapêuticos elaborados para sua resolução.

É importante ressaltar que a discussão do projeto terapêutico revela os problemas relacionados ao processo de trabalho, mas sobretudo o uso do patrimônio de conhecimento existente na equipe para resolverem problemas de saúde. Este patrimônio de conhecimento se inscreve entre o “núcleo de conhecimento especializado”, de cada profissional, e o “campo cuidador” que é comum a todos (Merhy, 1998). Ora, em um processo de trabalho medicocentrado, a quantidade de conhecimento dispendida para atender às necessidades de saúde dos usuários, é mínima, visto que para a produção do problema de saúde é pensada de forma restrita à causalidade biológica, às alterações no corpo anátomo-fisiológico. Por outro lado, em um processo de trabalho multiprofissional-centrado, a quantidade de conhecimento dispendida para resolver os mesmos problemas são em volume muito maior, visto que trabalha-se neste caso com multi-causalidades na produção da doença.

Ao que parece, a análise dos serviços a partir de Projetos Terapêuticos, reflete em grande medida a relação entre as “três valises” (expressão usada por Merhy, 1999, para figurar as três categorias tecnológicas), que por sua vez revelam as tecnologias de trabalho em saúde, na produção da assistência. Aliás, isto é o centro desta análise, combinado com o patrimônio de conhecimento gasto na resolução dos problemas de saúde.

Outro aspecto importante a ser comentado, propriamente sobre a análise deste serviço de saúde, diz respeito ao fato de que na produção da assistência, a partir de cada “Unidade de Produção” da UBS, o usuário é focal, não havendo *inter-ação* entre elas. É como se interviessem sobre “múltiplos usuários”, saídos de um mesmo corpo, ou um

mesmo Ser, que se apresentam a estas Unidades. Nunca o usuário se apresenta por completo, com um corpo doente, sobre o qual se produziu uma carga social, relacionada ao seu modo de vida, ao ambiente sob o qual está inserido, usuário este, que detém uma dada subjetividade, produto das suas relações, sua história e percepção do mundo das coisas e do mundo das pessoas. Deste conjunto formam-se múltiplos fatores que produzem seu quadro mórbido. Os projetos terapêuticos atuais, que perpassam as diversas Unidades de Produção das Unidades Básicas de Saúde, desconhecem estas questões, na medida em que apenas imaginam partes do que deveria ser um processo. Assim, hoje operam peças de uma cadeia produtiva de assistência e não a cadeia de assistência à saúde, como um conjunto articulado.

A compartimentação da intervenção sobre o problema de saúde do usuário, expressa pela autonomização de cada Unidade de Produção da Unidade de Saúde, caracteriza um projeto terapêutico dividido e configura um modo de operar o cuidado, que não está centrado no usuário, mas em outros lugares como os interesses privados das corporações, da “institucionalidade”, da razão instrumental que opera sobre a lógica administrativa (manter os custos com saúde congelados em um certo patamar) ou econômica (mantendo a lógica da produção de procedimentos para o cuidado aos usuários). Esta lógica, muitas vezes não é determinada na esfera do município, mas existe como uma cultura que é transmitida em cadeia aos gestores dos serviços.

O projeto terapêutico exposto aqui, se mostra extremamente empobrecido pelo cardápio restrito de serviços que são ofertados para a resolução do problema de saúde do usuário e resulta muitas vezes em inseguranças para “viver a vida”, o que faz com que os mesmos, busquem permanentemente a Unidade de Saúde (leia-se o médico) em busca de assistência, resultando enorme demanda evitável. Se o projeto terapêutico resultasse em integração entre as Unidades de Produção e interação entre os profissionais, com ações multi-centradas nas diversas causalidades do problema de saúde dos usuários, possivelmente se produziria uma outra realidade em relação à assistência aos usuários e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

Dispositivos para a organização de Projetos Terapêuticos centrados na produção do Cuidado: Uma nova forma de realizar a assistência em saúde.

Um dos resultados esperados em relação a mudança do modelo assistencial para a saúde, diz respeito à produção de “Projetos Terapêuticos Cuidadores”, centrados nos usuários e suas necessidades. Este projeto terapêutico é viável após um processo de maturação da instituição, dos trabalhadores e usuários em relação à nova proposta assistencial. Isto naturalmente não ocorre sem resistências, na medida em que o novo modelo assistencial enfrenta a cristalização de uma cultura e valores forjados ao longo de muitos anos, a partir do ideário flexneriano combinado com os interesses do capital na estruturação dos serviços de saúde.

O que se pretende é uma reorganização produtiva, operada a partir da inversão tecnológica na produção da saúde. Para isto, podemos relacionar alguns dispositivos que podem ser organizados no sentido de detonar os processos de mudanças. São eles:

Incorporação de múltiplos saberes na produção de saúde: notadamente o das políticas de saúde, da clínica, da epidemiologia, sociologia da saúde, psicanálise, das relações, da análise institucional, vigilância à saúde, entre outros que se inscrevem nos saberes obtidos de modo informal. Estes saberes só se realizam concretamente, se houver processo de trabalho multiprofissional, que opere em grande medida a partir do trabalho vivo em ato, em relações intercesoras, onde toda a energia criativa encontra espaço para se manifestar no processo produtivo (Merhy, 1997; 1999).

Inversão dos processos e das tecnologias de trabalho; Inverter o processos de trabalho, significa mudar toda a lógica de organização da força produtiva, o que concretamente vale dizer que as funções de cada trabalhador, seu posicionamento no processo produtivo, a forma como se posicionam os saberes-fazeres para a realização da assistência, devem estar direcionados para o atendimento às necessidades reais dos usuários. O reordenamento dos processos de trabalho deve estar associado à inversão das tecnologias de trabalho, que de centradas nas tecnologias duras e leveduras devem passar a centrar-se nas tecnologias leves e leveduras, conforme discutido nesse texto. Estas mudanças são capazes de configurar um novo modelo de assistência.

Ambiente organizacional favorável a mudanças no plano micropolítico, o que requer a adesão dos profissionais de saúde em relação à nova proposta de organização da

assistência. Sem a adesão dos trabalhadores de saúde, não se realiza mudança duradoura e em profundidade nos serviços.

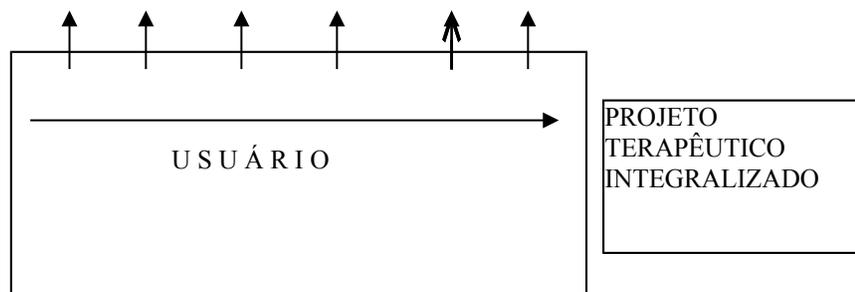
Ambiente institucional favorável a mudanças, o que significa adesão de atores sociais que controlam recursos estratégicos para a viabilidade do novo modelo assistencial. Em um município, o prefeito é ator social e político importante, pelos recursos que controla e portanto sua adesão tem se mostrado muito importante para a governabilidade do projeto. Isto não é um pré-requisito ao nosso ver, na medida em que os trabalhadores de saúde, a partir dos seus micro espaços de trabalho, podem acionar dispositivos que criam processos instituintes que se movimentam no sentido da mudança do estabelecimento. Os próprios Projetos Terapêuticos Cuidadores podem servir de dispositivos. Contudo, o cenário ideal é o que consegue uma articulação fina entre a intervenção no espaço micropolítico e boa performance no cenário macropolítico, o que é capaz de garantir alta governabilidade ao novo projeto.

Através do diagrama abaixo, (Merhy, 1999) demonstramos como o Projeto Terapêutico Cuidador, centrado no usuário, pode operar a partir de uma Unidade Básica de Saúde.

PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR CENTRADO NO USUÁRIO

Unidade de Produção de Recepção aos usuários.	Unidade de Produção de Ações de Enfermagem.	Unidade de Produção de Consulta Médica.	Unidade de Controle e Produção de Prontuários.	Unidade de Produção de dispensação de medicamentos.	Unidade de Produção de Exames Laboratoriais.
---	---	---	--	---	--

PROJETO GERIDO POR UM PROFISSIONAL CUIDADOR (GESTOR DO PTI)



O diagrama acima demonstra como pode operar um Projeto Terapêutico Integralizado, construído como relatado acima, a partir de múltiplos saberes e práticas. Uma Unidade em que este projeto terapêutico é hegemônico no cuidado aos usuários, é ele quem demanda ações às Unidades de Produção e estas, produzem ações de saúde, de forma integrada e interativa, centradas no usuário e seu problema de saúde, em uma concepção em que este problema tem multi-causalidade. É importante perceber que o usuário deve ser colocado como sujeito do seu próprio processo cuidador, exercendo o auto-cuidado e interagindo com os trabalhadores.

Para a operação deste projeto terapêutico, deve haver um “gestor do cuidado” (Merhy, 1998). Este é o profissional de saúde que deverá “administrar” o projeto

terapêutico, demandando ações de outros profissionais e fazendo-os interagir para obter os resultados esperados em relação à saúde do usuário.

O novo projeto terapêutico ao produzir a inversão das tecnologias de trabalho, opera de outro modo o conhecimento matriciado em cada profissional. Isto porque consideramos que há em cada trabalhador um núcleo especializado de conhecimento, o qual ele usa para resolver problemas de saúde que são próprios da competência deste núcleo e um campo de conhecimento que pode ser comum a todos profissionais (Campos et al.,1997). No modo tradicional de conduzir o processo de trabalho, os profissionais têm acionado em grande medida o núcleo especializado de conhecimento, visto que este tem sido o principal insumo na produção da saúde no modelo flexneriano. A inversão das tecnologias de trabalho, deverá valorizar o campo de conhecimento ampliado associado ao núcleo das atividades cuidadoras que cada trabalhador opera (Merhy, 1998).

Outra questão importante diz respeito à “rede de conversas” pela qual fluem as “relações intercessoras” (Merhy, 1998) de uns profissionais com outros e de todos com os usuários, na condução de um projeto terapêutico cuidador. O Gestor do Projeto Terapêutico Integralizado tem também a função de contribuir para que esta rede de conversas opere no verdadeiro sentido da interação entre profissionais na resolução dos problemas de saúde.

A mudança dos serviços de saúde, requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de cidadania em relação a assistência à saúde, sobretudo, que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e às relações com os usuários. A mudança das práticas assistenciais, território por excelência das tecnologias de trabalho requer intensos “processos de subjetivações solidárias”, que disputam com os “processos de subjetivações capitalísticos” atuais (Guattari, 1992). Todo processo de produção coletiva, seja a gestão participativa, os processos assistenciais multiprofissionais ou mesmo programas de educação permanente, podem contribuir para a formação deste novo sujeito, motivado para produzir mudanças nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas.

1. Barembliit, G., “Compêndio de Análise Institucional e outras correntes”, Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992.
2. Campos, G.W.; Chakour, M.; Santos, R.C. “Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) in Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.
3. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
4. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. Cecílio, L. C (org.); Merhy, E.E.; Campos, G.W. S.; 1994; in Inventando a Mudança na Saúde; Hucitec, São Paulo.
6. Chakkour e all. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia, mimeo, 1992.
7. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); Cadernos de Saúde Pública Nº 15, ENSP; junho-1999.
8. Franco, T.B. e Merhy, E.E.; O uso de Ferramentas Analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP); Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp – Campinas (SP); 1999.
9. Franco, T.B. e Merhy EE; PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial; Artigo de tese defendida junto ao DMPS/FCM/UNICAMP para obtenção de título de mestre em saúde coletiva; Unicamp – Campinas (SP); 1999.
10. Gonçalves, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; HUCITEC, São Paulo, 1994.
11. Gonçalves, RBM; Medicina e História: Raízes Sociais do Trabalho Médico; Tese de mestrado defendida na USP, São Paulo, 1979.
12. Lévy, P. “As Árvores de Conhecimentos”, Ed. Escuta, 1995.
13. Matus, C. - “Política, Planejamento e Governo”, Ipea, Brasília, 1993;

14. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.
15. Merhy, E.E. “A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas”, mimeo, Campinas, 1998.
16. Merhy, E.E. “Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde”; mimeo; Campinas-SP; 1999.
17. Merhy, E.E. “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência” in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; São Paulo, 1998.
18. Merhy, E.E. A Saúde Pública como Política -um estudo dos formuladores de políticas; Hucitec, São Paulo, 1992.
19. Perfil dos Médicos no Brasil; Vol. I - Brasil e Grandes Regiões; Relatório de Pesquisa realizado pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
20. Schraiber, L.B., “O Médico e seu Trabalho”, Ed. Hucitec, S. Paulo, 1993.
21. Silva Jr. A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998.

Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.

Túlio Batista Franco
Emerson Elias Merhy

“Quebrei o muro (...), meus olhos não me servem para nada, pois só me remetem à imagem do conhecido”.

(Henry Miller, citado por Deleuze e Guattari, 1996:36).

Introdução

Uma oficina de trabalho com um grupo de trabalhadores de saúde de uma mesma rede, mas de lugares de trabalho muito distintos. Há trabalhadores do nível central, da ponta dos serviços assistenciais de vários tipos de estabelecimentos.

Depois da apresentação, quase de praxe, fazemos uma pergunta: ontem, no trabalho, o que vocês fizeram de ações que considerariam inúteis e por quê?

O grupo, dividido em agrupamentos menores, tem um comportamento meio único: fica no maior silêncio. Demoram para arrancar, até o momento que alguém pergunta em voz alta: seria por exemplo fazer um relatório que ninguém nunca vai ler?

Respondemos: sim.

Aí a sala esquenta. Há uma barulheira, pois todos querem falar ao mesmo tempo.

Passada essa movimentação, fazemos outra pergunta: e de atos repetitivos úteis? De novo o grupo se inquieta e quer conversar sobre útil e inútil.

Abrimos uma pequena discussão de como essa significação depende de quem fala e de que lugar fala, pois um ato útil para alguém pode ser inútil para outro. Desse modo, pedimos que sempre que nomearem um ato devem situá-lo para que todos possam entender porque caracterizaram como útil ou inútil.

Na medida em que todos vão entrando em atividade de um modo muito “natural”, vamos pedindo para quando nomearem esses atos procurem ir indicando quem está envolvido com a sua construção e a quem esse ato se dirige e para que.

Continuamos a perguntar, depois de um certo sossego nos vários agrupamentos: o que vocês acham de nomearem atos conflitivos e descrever quem são os vários “quens” que estão envolvidos e com que posicionamento.

E, assim, vamos construindo mapas do cotidiano do mundo do seu trabalho, junto com cada um intensamente envolvido nesse mundo e nos quais se vêem como parte e mesmo como protagonista de vários dos atos.

Vamos interrogando se não querem propor novos modos de mapear e explicamos que cada um desses possíveis recortes sugeridos não são receitas para produzir esses mapas, mas estão abertos às situações singulares dos vários mundos do trabalho onde estão envolvidos e segundo as várias características analisadoras que querem explorar.

Conversamos um pouco sobre o que seriam analisadores de uma maneira bem simples: falamos que podemos imaginar como nos testes de química, quando temos um vidro com um líquido que não conhecemos e podemos usar uma gota de um outro que conhecemos bem e que sabemos que em contato com certas substâncias ficam de cores bem reconhecidas. Que podemos pingar esse segundo líquido no primeiro e conforme a cor que for produzida podemos dizer o que tem no líquido que não conhecíamos.

Assim, mostramos como o analisador é o que faz aparecer coisas que estão ali mas não tão visíveis. Como diz Lourau: um analisador faz uma instituição falar, dizer coisas que não são conversadas mesmo estando ali, meio oculta, mas acontecendo.

Vamos, desse modo, experimentando vários “mapas analíticos” da cotidianidade do mundo do trabalho daquele grupo e isso vai fazendo explodir para o mesmo a necessidade de se falar e conversar sobre cada nova “revelação”, trazendo-os para a cena desse mundo como um de seus fundamentais fabricantes, implicados com ele e não sua vítima.

Aparece na cena a conversa sobre a liberdade e a captura dos atos produtivos do trabalhadores na micropolítica do seu trabalho: faz uma aparição importante reflexões sobre como cada um usa o seu trabalho vivo em ato, nesse mundo e seus sentidos.

Trazemos para a cena desses trabalhadores os seus lugares e suas relações. Provocamos que olhem para os mapas como ferramentas analisadoras e procurem “escutar” os ruídos que fazem, inclusive o incômodo que lhes provocam.

* * *

Até agora, deve ter ficado claro que “olhamos” o cotidiano do mundo do trabalho como uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais. Conceitos que vamos levar mais amiúde adiante, mas que por hora já mostra uma certa radicalidade diferenciada no modo como muitos olham o mundo do trabalho, que valorizam exclusivamente como um mundo onde o trabalhador não pode fazer nada, pois é totalmente capturado pelas estruturas que o definem e determinam. Nós, não vemos assim.

Entretanto, antes de discutirmos isso sob outro foco teórico, vale continuarmos olhando as conseqüências desses mapeamentos que fomos fazendo.

Na medida em que o grupo vai, como dissemos, falando e conversando, vão aparecendo “ideias-conceitos”, como parte de uma teorização que o grupo vai construindo. Vamos registrando essas “ideias” e juntos procurando ordená-los.

Com isso, montamos um certo quadro referencial que o grupo produz e sobre o qual podemos criar novas reflexões teórico-explicativas, como ferramentas para a ação de seus componentes. Vamos buscando implementar a “caixa de ferramentas” que cada um possui e, mesmo, colocando em cheque as que já portam e o modo como a utilizam no seu protagonismo do cotidiano.

Nessa experiência apareceu com muita força, nos modos do grupo significar o que tinha diante de si, as noções de: macropolítica versus micropolítica; trabalhador como sujeito vítima; impotência e potência do ator para atuar sobre os seus incômodos; gestão como coisa do gestor formal; mundo da política versus da técnica; neutralidade e envolvimento do trabalhador sobre os interesses em jogo na saúde; recursos como dinheiro e sempre em falta; e por aí vai.

Esse outro mapeamento, o dos modelos de significação que o grupo lança mão, permite agregar uma nova cartografia nessa experiência que estamos fazendo. A dos trabalhadores como atores / sujeitos formuladores de teorias e a maneira como se implicam

com as mesmas no seu agir cotidiano, como parte de seu modo de ser ético-político, no mundo da vida como um todo.

Nesse momento, procuramos operar com um outro platô de mapas ⁽¹⁾: aquele que põe em evidência o trabalhador como ator / sujeito da ação de modo implicado, na saúde, com certos projetos de construção do cuidado e não outros. Como implicado com certas maneiras de conceber e agir no campo da saúde, propriamente como trabalhador de saúde.

E aí, em exercício, colocamos em cena: o que fazer com tudo isso, agora.

Vamos imaginando e produzindo em um debate coletivo, que podem modificar essas situações, ao se coletivizarem no mundo do trabalho, se em conjunto procurarem problematizá-las, com a finalidade de re-significá-las. Saindo dos ruídos, incômodos ou queixas, para levá-las para o lugar de questões a serem enfrentadas com suas ações coletivas e pactuadas, com suas teorias, sob problematização e que podem des-produzi-las na sua construção do cotidiano. Do qual agora não se vêem mais como vítimas mas seus produtores.

E, como estão implicados com a produção de um cotidiano que não lhes agrada, podem também desproduzi-los. Encarando, cada uma dessas situações-possibilidades, no jogo de forças em que se encontram e na trama da rede de atores onde emergem, podendo inclusive operar sobre as várias potências que cada um carrega para isso.

E como aprendemos com Carlos Matus [1], e socializamos, nesse momento: de fato, não há ator social impotente; todos “agem / jogam” no mundo da vida.

Início de uma teorização

Muitas vezes busca-se perceber um estabelecimento de saúde, seja uma unidade básica, um hospital, clínica ou mesmo uma equipe, através da sua estrutura organizacional. O olhar do planejador caminha no seu interior, buscando o organograma, os fluxos estruturados, o padrão funcional, as normas elaboradas para a regulação da vida, enfim, ela vai se revelando pela ótica do mundo racionalmente concebido, que reflete a realidade de certo ângulo. A mudança do foco do olhar pode viabilizar uma percepção desses estabelecimentos de outras formas, concebê-los mais ou menos organizados, analisar seus funcionamentos e se apropriar da qualidade dos serviços que prestam, fazendo sobre esses, distintos juízos de valor.

A depender do lugar que se enxerga essas unidades de saúde, enquanto cravadas por várias lógicas organizacionais ao mesmo tempo, pode-se perceber a existência de várias unidades em uma mesma. Entretanto, todas vão se revelar para um mesmo tipo de “olho-fundamento”, aquele que já está pré-programado para enxergar as coisas de sempre (mesmo que fundamentais): lugares de poder, linhas de mando, certas práticas e regras de funcionamento. Enfim, estruturas dadas e constituídas, em operação, que vão significando certa vida produtiva no interior daquele organismo, sob o olhar do “observador-analista”.

Porém, podemos e devemos nos abrir a novas possibilidades de percepções. Não somente de outro lugar, mas atrás de outros campos de visibilidades, podemos perceber que há no interior das organizações, como que operando em outros planos (platôs), fluxos contínuos de intensidades entre os “atores-sujeitos” (sociais), que se encontram nos espaços de produção, em seus diferentes processos de trabalho. É como se uma nova realidade naquelas organizações emergisse sobre a primeira (estruturada, dada, constituída), dando-lhe outra vida, superpondo-a e dominando a dinâmica dos cenários que se compõem e decompõem cotidianamente, nos vários processos de produção do cuidado. Ela não é organizada, porque não reconhece os órgãos da estrutura previamente concebida; não é estruturada porque não há limites capazes de delimitar o seu campo de ação; não é hierárquica, porque opera por fluxos-conectivos [2].

Todo o lugar no qual se produz as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, se expressando na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Esses processos podem ser exemplificados pela produção subjetiva da reforma sanitária brasileira, do modelo médico hegemônico, das várias modelagens profissionais do campo da saúde, enfim, dos inúmeros planos de construção semiótica / subjetiva da realidade, que formam modos singulares de compreensão e produção do real social, no qual os sujeitos estão inseridos.

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido, pelo menos, por dois grandes vetores de construção da realidade: um primeiro, diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos, que os deixa carregados de significados. Um segundo, os afetos entre os sujeitos, ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em

saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade.

É como em um efeito pororoca⁽²⁾, num vai e vem de produção, essa última, por sua vez, produz esse mesmo mundo, agora, já de um outro modo, porque já sob influência da ação de uma nova subjetividade, que foi construída pelo mesmo sujeito da ação na sua alteridade.

Ora, se a vida se produz de forma tão dinâmica no interior das unidades de saúde, como se estas fossem habitadas por uma autopoiese própria dos organismos vivos, é necessário compreender a importância, no caso da produção da saúde, o significado revelador daquela dinâmica, dos processos de trabalho sob o olhar das tecnologias de trabalho na ação micropolítica do Trabalho Vivo em Ato, agregados dos processos de formação de subjetividades, dos afetos mútuos e dos fluxos de intensidades que operam na formação da realidade.

Percebemos que o que chamamos de unidade de saúde, qualquer que seja, se organiza e funciona em plataformas sobre as quais a sua vida vai acontecendo, sendo a primeira forma, estruturada e refletindo o instituído e a segunda, não estruturada, fazendo transversalidade por dentro da organização, de modo instituinte. Esta é como se fosse uma plataforma que possibilitasse a ação dos sujeitos-desejantes, que trazem em si a força de produção da realidade.

O desafio deste texto é o de apresentar uma maneira de analisar o funcionamento das unidades de saúde, a partir dos atores/sujeitos em ação, como artífices do cotidiano dessas unidades, tendo como foco os processos de trabalho construtores das práticas de saúde, olhados nas suas dinâmicas produtoras do cuidado (que é ao mesmo tempo dos próprios sujeitos em “pororoca” e em alteridade) e colocando em foco as suas fabricações dessa cotidianidade, múltipla e relacional, porém situada.

Nele, buscamos discutir uma maneira cartográfica de realizar essa tarefa, reconhecendo ser necessário identificar nos sujeitos do trabalho em saúde, os processos produtivos, os fluxos de intensidades e os afetos dos quais estamos falando.

Para isso é necessário meticulosamente ir compondo as cartografias que são desenhadas pelo Trabalho Vivo em Ato, na plenitude da sua atividade produtiva. O método cartográfico deve ser capaz de ir captando a sensível transversalidade que opera como

intercessores nas intersubjetividades, na produção dos atores/sujeitos em cena, e na produção de si mesmos no processo.

Como ferramentas/instrumentos sugerimos os “mapas analíticos”¹.

De fato, utilizar a cartografia como método de análise, impõe tomar a realidade na sua dinâmica cotidiana. Como nos diz Rolnik [3] cartografar é acompanhar a construção e desconstrução de mundos, “que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes (dados, instituídos) tornaram-se obsoletos”. O que o cartógrafo quer é “mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem” [4].

A linguagem não apenas como atos de fala, mas como todas formas de expressão e manifestação da produção desejante micropolítica. É por essa via que se pretende realizar a análise do modo de produção das organizações, sobretudo dos processos produtivos (de trabalho), que são a dimensão mais viva dessa produção.

O desafio do método é o centro da discussão que esse texto tenta enfrentar. Estamos em busca de um olhar analítico sobre as organizações da saúde, que têm um modo de produção dependente do “Trabalho Vivo em Ato” [5,6]; o que por si só traz uma alta complexidade para a cena em foco, pois esse Trabalho Vivo, ao ser operado em ato, nos processos de trabalho, traz em si uma grande potência instituinte de formar redes, com alta capacidade de subjetivação. Por outro lado, pode operar também para fazer capturas de subjetividades desejantes, instituintes. O seu atributo versátil, a natureza dinâmica, e a fluidez, lhe tornam um nuclear analisador dos processos produtivos na saúde.

Propomos, aqui, discutir os “mapas analíticos” como ferramentas cartográficas que postas sobre os processos de trabalho, possam captar os movimentos contínuos e descontínuos do Trabalho Vivo, na sua dinâmica, revelando também os afetos e as manifestações desejantes na produção da realidade. Esses mapas pretendem fazer a função das “lentes” do cartógrafo para enxergar o processo de trabalho e a produção da realidade na sua micropolítica.

Alertamos para o fato de que além de ter boas lentes, essas precisam de certos olhos para captar analiticamente a realidade. O olho do cartógrafo não deve ser só o olho fisiologicamente concebido, o retina, mas também o olho vibrátil de um corpo que vibra

¹ Os “mapas analíticos” foram propostos originalmente pelos autores desse texto, e experimentados no contexto de um curso de especialização em gestão em saúde ocorrido em Vitória (ES) em dezembro de 2006.

com as intensidades, abre-se para as suas afecções e afetamentos, e por isso pode percebê-las como expressões do mundo da produção no campo da saúde.

Rolnik [7] nos conduz a um *setting* de filmagem, e em cena tenta demonstrar os tipos de olhares sobre a realidade, e a forma como os mesmos fazem sua captura ou a percebem. A autora evidencia duas formas de percepção do mundo, que se produz às voltas daquele que olha. Um primeiro olhar, é processado através do “olho-retina”, que consegue perceber diante de si as representações da realidade, suas simulações fabricadas pelos personagens da cena social real, ou seja, este olho vê máscaras superpostas à uma certa realidade. Mas que a apresenta como verdade e é percebida como tal.

Um segundo olhar se processa através do “olho vibrátil”, que pertence ao “corpo vibrátil” e capta a realidade através da percepção, das afecções que essa é capaz de produzir no corpo de quem olha. Esse é capaz de captar a ação dos sujeitos em seus fluxos de intensidades, a dimensão subjetiva e desejante, os afetos produzindo a realidade e os sujeitos ao mesmo tempo. O cartógrafo é afetado pela realidade a qual ele está observando, e isso aguça sua sensibilidade em perceber a dinâmica dos processos relacionais e subjetivos presentes no processo de produção.

A busca que empreendemos ao propor a análise do processo de trabalho pelos “mapas analíticos”, vem no sentido de tomar como desafio a construção de um método que ajude aos coletivos em gestão, sujeitos do trabalho na saúde, a olhar a realidade com suas vibrações, perceber a ação do Trabalho Vivo em Ato com toda sua intensidade na produção das “linhas de vida” dentro da organização e sua potência instituinte.

Processo de Trabalho e Produção na Organização.

A análise dos processos produtivos no interior de uma organização, tem sido o grande desafio atual para compreender o modo de produção do cuidado, que por si mesmo traz inscrito no seu cerne a ação dos trabalhadores em relação consigo mesmo, com os usuários dos serviços de saúde e com os processos organizacionais. Esses estudos se complexificam na medida em que percebemos que uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo de atividade dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado. Podemos pensar que um

hospital, uma clínica ou Equipe de Saúde da Família, têm uma dinâmica no cotidiano, que opera em ritmo intenso de atividade, sustentada pelo trabalho no seu cotidiano.

O trabalho não é uma categoria isolada do contexto produtivo e relacional. Ganha dimensão ativa na realidade a partir da ação dos sujeitos e se estrutura não como ato congelado no espaço-tempo de uma Unidade ou Equipe de Saúde, mas sim como processo, que é dinâmico, se modifica e é atravessado por muitos interesses, tantos quantos são os sujeitos que interagem na atividade que lhe dá vida, o labor diário em torno da produção do cuidado. Sendo assim, os sujeitos e sua ação cotidiana devem ser colocados em análise para revelar o modo como se produz o cuidado.

Por sua vez os sujeitos que dele se apropriam e organizam seus processos de trabalho, com o sentido de produzir o cuidado, são também histórica e socialmente produzidos, isto é, na medida em que trabalham, produzem o mundo no qual estão inseridos e a si mesmos, em processos de subjetivação, que os afetam, tornando-os também resultados das vivências do cotidiano somado às experiências pregressas vivenciadas no seu micro-cosmo de trabalho na saúde.

Os sujeitos que trabalham na saúde o fazem a partir de uma intervenção que tem por base registros da sua singularidade, que diz respeito ao modo específico de estar no mundo, que o movimenta para produzir o cuidado de certa forma e não de outra. Por exemplo, o que faz com que um profissional da saúde tenha atitudes acolhedoras, vai muito no sentido da forma como sua subjetividade dá conteúdo (significa o mundo e as pessoas com as quais se relaciona) ao seu modo de agir no cotidiano. Aí, ele é pleno de acordo com seu lugar ético-político, que inclusive significa o que é a vida do outro para si.

O que Deleuze e Guattari [8] vêm nos dizer sobre a ação dos sujeitos na construção do *socius*, é que a sua ação é conduzida pelo “desejo”, enquanto “energia” propulsora da ação cotidiana dos sujeitos, na suas dimensões coletivas e individuais. Sua atividade produtiva os faz agir como “máquinas-desejantes”, no sentido de que produzem o espaço social no qual estão inseridos, seja a equipe de saúde, a Unidade de Serviço, o domicílio, ou onde estiverem atuando. Esse seu mundo está implicado com a sua ação. O desejo é o tempo todo produção. E como dizem: devemos colocar o desejo na produção e a produção no desejo.

A realidade dentro de uma Unidade ou equipe de saúde, nos processos de trabalho, se produz por fluxos intensos de comunicação entre os diversos agentes do trabalho, da gestão ou usuários, que interagem entre si, não apenas no contato físico e comunicacional, mas em grande medida através de fluxos-conectivos que se dão também em nível simbólico, e vão operando os processos produtivos, que se estruturam em um dado tipo de organização de redes, que têm como centro nervoso o Trabalho Vivo em Ato, sendo esse o substrato sobre o qual a produção dos atos de saúde vai acontecendo.

Por outro lado, os processos de trabalho operam em relações intercessoras entre trabalhadores e desses com os usuários, na medida em que ambos formam um encontro no qual se colocam como atores / sujeitos para a produção do cuidado. Assim, as relações ganham alta intensidade nos processos produtivos, sendo atravessadas por vetores de relações singulares e intensamente intersubjetivas [9].

Se pensarmos as organizações e os ambientes de produção do cuidado com esse foco, percebemos que os processos de trabalho não operam apenas em uma plataforma estruturalmente organizada, mas os sujeitos e seus fluxos de conexão funcionam em plataformas que se superpõem às estruturas, expandindo em muito o que é organizado previamente para sua atuação, o instituído.

Esses fluxos conectivos que dão uma característica rizomática para as redes que se formam no âmbito da produção do cuidado têm forte potência produtiva, e transitam no processo de trabalho com grande liberdade de ação, pois criam “linhas de fuga” quando os sistemas produtivos já não correspondem a certas expectativas dos trabalhadores, ou mesmo dos usuários ali em ato operando sua intervenção sobre esses, provocando desvios nos itinerários terapêuticos concebidos a priori, como um protocolo.

Essas tensões se definem em ato, utilizando a potência “livre, inventiva e micropolítica” do Trabalho Vivo, provocando novos caminhos. É como se houvesse mundos em paralelo, ou em outros planos de atividade, instituinte, com possíveis percursos de outros modos de produzir vida, e assim o faz.

Essa ação cotidiana dos sujeitos que buscam no ato de trabalho a realização da potência produtiva do desejo, o fazem em intensas redes de conexão entre si e com o mundo da saúde, e assim expandem a cena de produção para muito além do espaço sistêmico que cerca uma Unidade ou uma rede previamente concebida, subvertendo o que

há de instituído na organização e sua estrutura sistêmica, pois as conexões abrem-se para o espaço sem fim, pois são impulsionadas pelo inconsciente que encontra no desejo, enquanto fenômeno de expressão coletiva, sua energia produtiva.

Para traduzir bem a ação dos sujeitos e sua atividade nos espaços sociais nos quais estão inseridos, trabalhamos com a imagem de que essa atividade de trabalho opera em uma segunda plataforma, não revelada pelas estruturas organizacionais e fluxos pensados pelos gestores formais, com olhares-retina, um lugar no qual não existem organismos guiando a ação de cada sujeito. Isso também é a realidade.

O que se busca, então, a seguir é a exposição de certas metodologias de análise de processos de trabalho, a partir de um trabalho cartógrafo que busca os mapas para permitir alargamentos dos campos visuais sobre os territórios existentes, procurando ao mesmo tempo escapar destes [10]. Abrir visibilidade para os “não estruturados”, que também de modo semióticas permitem significar novos mundos do trabalho para os seus construtores, os trabalhadores. Os mapas que o cartógrafo busca nesse caso, pretendem revelar as expressões de ações e manifestações da subjetividade interrogada, no contexto da produção do cuidado.

Para um método cartográfico de avaliação do processo de trabalho.

As cartografias do processo de trabalho devem buscar revelar nas relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado, e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos, enfim, o rico universo que compõe a sinfonia que traduz o saber-fazer diante do mundo que produz o cuidado nos seus distintos cenários.

O método pensado para conduzir uma avaliação, em um mundo tão rico como é o processo de trabalho, complexo e dependente dos sujeitos reais que ao mesmo tempo que produzem, são produzidos, deve buscar uma investigação que traga para a cena investigativa os próprios sujeitos do trabalho. Isso porque somente eles poderão revelar o mundo em que está imersa sua práxis produtiva; os atravessamentos e as transversalidades que vão dando o compasso tenso do estruturado e da sinfonia caótica, que é a dos processos de trabalho em saúde; a potência das relações entre sujeitos, seus processos de subjetivação

como produtores de novas potências do viver, na produção dos modos (finitos ilimitados) de caminhar a vida.

Naquele primeiro experimento, que relatamos no começo deste texto, estávamos no cenário de um curso de especialização em gestão, onde se reuniu gestores, professores. Essa dinâmica foi realizada em dois dias consecutivos de trabalho.

O pressuposto imaginado para o exercício que se propôs foi de que o Trabalho Vivo em Ato, na atividade através das relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, produz afetos e subjetividades na dinâmica do processo de trabalho. Um processo avaliativo, nessa situação, para ser eficaz, deve procurar expressar a dinâmica e as intensidades que vibram no momento da ação produtiva de cada trabalhador da saúde e deles no seu coletivo de ação. Essa expressão se dá sob as diversas formas de linguagem dos atores / sujeitos que estão em situação de produção, expressando suas vivências sobre o mundo do trabalho.

A maneira sugerida, como vimos, foi o de cartografar o processo de trabalho, procurando estimular as narrativas e usá-la como estímulo disparador das manifestações, com falas e conversas, do grupo. A construção da dinâmica deu-se da seguinte forma: a) foi proposto um roteiro que pede ao grupo a descrição do trabalho que cada um faz, o seu lugar e principais questões que fazem parte do seu cotidiano. **O ator / sujeito do trabalho em saúde entra em cena.** b) Com esses dados, para o trabalho em pequenos grupos, puderam-se agrupar aqueles que participam do evento (oficina de trabalho, curso, etc) com seus pares, para falarem disso. As narrativas vão compondo os cenários cotidianos do trabalho, expressando o modo como operam as relações e o conteúdo subjetivo flui e é registrado pelo grupo na forma de representações da realidade. **O ator / sujeito do trabalho em saúde compõe relações e representa.** c) Após os registros das narrativas de cada grupo, seu conteúdo foi exposto para análise na plenária, com apoio do instrutor que coordena a atividade. O que se busca nesse momento, com a expressão das narrativas e vivências dos grupos é, para além do seu conteúdo, o timbre, a textura, as ondas de afetos que vão se expressar na exegese do texto escrito, no texto oculto, que perpassam as falas e nas atitudes assumidas pelas pessoas nos grupos e na sua relação com a atividade sugerida. **O sujeito do trabalho em saúde e seu processo produtivo estão sob o olhar do cartógrafo, em si e no outro.**

A questão central a ser problematizada com o grupo de trabalhadores, seja da assistência, da gestão ou de qualquer lugar de produção no campo da saúde, é o de que o mundo do trabalho se constitui como uma micropolítica, isto é, se produz sempre a partir do agir cotidiano coletivo e de cada um, onde nos seus lugares específicos, procuram operar o processo de trabalho de acordo com seus projetos singulares, que refletem de alguma forma o modo como significam a produção do cuidado.

Há na constituição do modo de produção do cuidado um processo de disputa de projetos que vão se colocando na medida em que as conexões relacionais entre os sujeitos vão se formando e revelando projetos singulares, que podem refletir “subjetividades solidárias”; ou projetos liberais, expressando “subjetividades capitalísticas” [11]. Nesse sentido é sempre um lugar constituído por tensões, própria das relações de sujeitos interessados que se encontram nesse lugar e produzem esse complexo mundo. Ao mesmo tempo trata-se de um ambiente de conflitos, que são produzidos nas relações sociais e subjetivas que aí se materializam. Essas tensões se manifestam no modo de agir na sua micropolítica, para a produção do meio social no qual estão inseridos, vai compondo certa forma a produção do cuidado, resultado da disputa e pactuação processadas no espaço-tempo em que se dá o processo de trabalho.

É importante procurar problematizar com o grupo a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a ideia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, Trabalho Vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis. É nesse contexto que se busca analisar a forma como se dá a atuação de cada um e do conjunto, os sentidos que dão ao trabalho, os significados que imprimem ao mundo da saúde. Os modos como colocam ético-politicamente seu Trabalho Vivo em Ato. O que fazer com ele.

Para operacionalizar o momento analítico da oficina, foi proposto aos grupos a elaboração de três mapas reproduzindo cartografias operantes na cena de produção do cuidado, quais sejam: a) os “**mapas dos conflitos**”, que deveriam expressar as narrativas dos trabalhadores, quanto aos conflitos vivenciados pelos mesmos enquanto trabalham na saúde. O conflito é um potente analisador das relações porque expressa subjetividades

operando na realidade, afeta os membros da equipe, e em função dele, criam-se “linhas de fuga”, desvios. b) os “**mapas dos atos inusitados**”, que trazem o inesperado pela equipe, notas de uma sinfonia não ensaiada. Sua potência analisadora se encontra justamente no fato de que, o incomum produz afetamentos na equipe. Sua reação que pode ser de estranhamento ou de assimilação, pode produzir desvios ou não na sua atividade cotidiana de trabalho, vão ser reveladoras no modo singular que esta equipe tem de atuar no mundo do trabalho. c) os “**mapas dos atos inúteis**”, que parte do pressuposto segundo o qual a atividade diária de uma equipe de saúde produz atos inúteis, às vezes para responder à extensa normativa instituída, que mantém em funcionamento a plataforma organizacional.

Os “mapas analíticos” são sensíveis às “molaridades” que fazem atravessamentos no processo de trabalho das equipes e ao mesmo tempo, são potentes para revelar o modo como essas molaridades vão produzindo subjetividade nos trabalhadores. Por outro lado, vão compondo e decompondo a simulação que os trabalhadores produzem, conforme vão servindo à análise dos processos de trabalho. O olhar, inicialmente fechado nas representações da realidade, vai se abrindo para as ondas vibratórias dos afetos e intersubjetividades que se manifestam. O “olho-retina” vai aos poucos se apropriando das cartografias dos afetos e transformando-se em “olho-vibrátil”. Tudo é a realidade, que se manifesta em diferentes formas de composição e expressão do real, e de posse de visibilidade ampliada os trabalhadores podem tomá-la para si, de modo individual e coletivo, operar a cotidianidade de modo intencional para direções anteriormente não percebidas.

A produção do conflito, dos atos inusitados e dos atos inúteis que são produzidos pelos sujeitos do trabalho em saúde, revela que os mesmos são compartilhados por diferentes atores sociais e agentes institucionais, sendo estes também seus protagonistas. Importa verificar os atravessamentos que têm as relações de trabalho, na medida em que é possível observar, do lugar de cada um, como atos inúteis podem produzir atos conflituosos e como atos inusitados colocam em foco o que os próprios trabalhadores fazem, com a liberdade que têm para atuar no mundo do trabalho. A análise dos “mapas analíticos” é feita em ato, com a própria equipe de saúde e isso tem o efeito de produzir na equipe um processo auto-analítico, em que ela mesma consegue se perceber no processo de trabalho, operando uma produção de si mesma nesse movimento. Isso se dá, pela abertura aos fluxos

de intensidades, como expressão autopoietica de produção, isto é, a equipe criando potência em si mesmos. Potência de vida que lhe dá a capacidade de auto-análise, dando-lhe maior possibilidade de se mover no mundo. Os “mapas analíticos” vão revelar o *conhecer*, mas sobretudo, o *ser*, que nem sempre conhece, mas atua no sentido da produção da realidade, e produz por semiotização dos fluxos de intensidades, isto é, dando-lhes sentido para aquilo que é a missão de uma determinada equipe de saúde: o cuidado dos outros e de si.

O que é o “cuidado de si”? Por que é fundamental que um trabalhador da saúde cuide de si? Foucault [12], em sua aula no Collège de France em 6 de janeiro de 1982, discute o tema segundo os diversos significados desta questão. Mas importa para nosso debate a noção que ele traz da expressão grega *epiméleia heautoû*, que significa o cuidado de si mesmo. De acordo com o autor:

“A *epiméleia heautoû* é uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo. Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar, do exterior, dos outros, do mundo, etc. para ‘si mesmo’.

Também designa sempre algumas ações, ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos” [13].

Cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe. É neste sentido inclusive que estamos sugerindo um método cartográfico. Consideramos que ele pode revelar o processo de trabalho de uma equipe, na sua micropolítica, mas também nas atitudes trespassadas pelos fluxos de intensidades, e o conjunto de afetos que, nos encontros imanentes ao processo de trabalho, vão produzindo subjetividades nos trabalhadores da equipe de saúde. Os “mapas analíticos” são instrumentos que podem proporcionar a auto-análise, condição para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros e coloca em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação.

E isso diz respeito a um “olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e

reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado. O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tende a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde, pelas linhas do instituído. Cuidar de si, no sentido de adquirir potência de auto-análise, dá ao sujeito do trabalho na saúde, a condição de operar seus processos de trabalho, por dentro das organizações, na plataforma do instituinte, subvertendo as linhas delimitadoras e abrindo novas linhas de vida.

Outros instrumentos, que são complementares à caixa de ferramentas do cartógrafo, pois contribuem para analisar os processos de trabalho e criam momento autoanalíticos na equipe, são as ferramentas analisadoras, como o “Fluxograma Analisador” e a “Rede de Petição e Compromissos” [14, 15] que permitem, para o olhar anterior armado sobre o complexo mundo do trabalho, perceber a micropolítica do trabalho vivo e morto em ato, operando as tecnologias e a construção dos produtos e os resultados dos atos produtivos, e a composição tensa dos campos onde opera: *a política, a organização e a produção da saúde*.

Esse processo de avaliação, que associa um forte conteúdo cartográfico das relações de trabalho, com as “ferramentas analisadoras” procura trazer para a avaliação de serviços de saúde, o contexto dos sistemas produtivos e o modo como os mesmos traduzem a realidade. Ao identificarmos que há uma plataforma operando fortemente na produção da realidade, formada por fluxos-conectivos de intensidades, entre os sujeitos que trabalham na saúde, pensamos que os modelos avaliativos devem contemplar esse plano dos atos de trabalho. Assim, imaginamos que os processos avaliativos devem fazer nexos também com o mundo do simbólico, das afecções, e trazer à cena da avaliação a produção de subjetividades presentes nesse lugar, sabendo operar com ele.

Os instrumentos de análise não devem dispensar conhecimento produzido nessa área, sendo complementares entre si outras metodologias. Mas o instrumental do cartógrafo é simples como se pode ir notando, por ser ele um olhar que vibra, e como tal seu instrumento são ferramentas que possibilitam observar de modo vibrátil. Importa que as ferramentas contribuam com a análise de si mesma, processada pela própria equipe, dando conta assim dos vetores de subjetivação que operam na dinâmica de um processo de trabalho. O mundo do trabalho se revela como um lugar permanentemente tenso entre o previsto e o imprevisto, entre o dado e o dando, entre o vivo e o morto, entre o controle e a

autonomia, entre o aprisionamento e a liberdade, entre a ética e a moral, entre o capital e o trabalho, entre o político e o técnico, entre o pedagógico e o organizacional, o subjetivo e a subjetivação, e assim sucessivamente e é nesse contexto que as metodologias de avaliação devem ser pensadas. Desvendar esse mundo complexo é um grande desafio e uma necessidade, para aqueles que demandam um novo sentido para o viver individual e coletivo, oposto a que o capitalístico⁽³⁾ tem constituído.

Cuidar de si, só em alteridade.

Uma observação detalhada e cuidadosa sobre essa possibilidade de criar situações de análise para os trabalhadores no seu mundo do trabalho - através de criar situações analisadoras que permitam individual e coletivamente a esses trabalhadores entrarem em processos reflexivos sobre seus próprios fazeres e suas implicações com os mesmos, sob a ótica da produção das práticas de cuidado -, mostra que o processo cartográfico aposta na produção de situações de análise muito múltiplas e diversas que abram os vários territórios situacionais do mundo do trabalho a uma alteridade com esses trabalhadores, seus protagonistas.

A cartografia desse modo procura sair da possibilidade imediata de se cair numa armadilha subjetiva e conservadora, por parte do trabalhador que sob análise procura uma fuga em um nível de compreensão simplificada e senso comum sobre a problemática em foco, procurando no seu arsenal explicativo de modo não muito reflexivo e amplo de ressignificações.

Só com uma abertura para a aparição de analisadores advindos de vários territórios que coloquem os muitos atores / sujeitos, que os trabalhadores são [16], em análise, abrindo o cuidar de si às várias alteridades que operam no mundo do trabalho pode colocar em cheque aquela simplificação explicativa, conservadora e reificada.

Fazer explodir isso, os mapas analíticos colocam os trabalhadores ao mesmo tempo expostos aos processos relacionais de várias ordens, como: sua relação com o campo da organização, com o da política, com a da produção do cuidado, com os movimentos intra-equipe, com os muitos usuários que encontra, com as ordens profissionais, entre vários outros. Sendo que em cada um desses universos há disparos de muitos em cada trabalhador de modo individual, e mesmo enquanto sua conformação coletiva.

A ampliação das ferramentas analisadoras como armas do cartógrafo amplia sua capacidade de se produzir em alteridade, sendo interrogado por esse processo, onde um lugar interroga o outro, tirando cada um de um território existencial preferencial para se reconhecer.

Isso é marcadamente instituinte na produção de novos saberes e possibilidades para agir sobre a cotidianidade.

A título de síntese: micropolítica do cotidiano, no mundo do trabalho na saúde: situações analisadoras.

Nos muitos trabalhos que há sobre o tema da gestão e a produção das práticas de saúde, entre eles os de [17, 18, 19, 20, 21, 22], há a possibilidade de encontrarmos uma rica reflexão que nos leva a pensar sobre essa relação. Mas, aqui, nos interessa em particular aquela que se abre para o entendimento da cartografia que o trabalho vivo em ato opera na cotidianidade.

Por isso, procuramos, agora, fazer uma síntese tomando como característica nuclear o que [23] trouxe sobre a gestão como campo de práticas, que toma como seu objeto as tensões constitutivas do campo sobre o qual faz referência. Desse modo, ao se considerar esse campo como sendo o da saúde, há que reconhecer a sua implicação fundadora: a construção de práticas e saberes impregnados de sentidos com a produção do cuidado, concretizados pela existência dos agires de atores / sujeitos no território micropolítico do Trabalho Vivo em Ato. A partir disso, pode-se apreender os sentidos dos outros processos territorializantes que aí chegam: o dos campos da política e o das tensões constitutivas do campo da produção do cuidado em saúde.

A possibilidade de acessar esses processos e torná-los visíveis nos fez utilizar de ferramentas analisadoras que permitiram trazer à tona as várias situações analisadoras, que foram trabalhadas pelo conjunto dos trabalhadores e demais atores sociais envolvidos nas suas produções. Fomos trabalhando como já apontamos com algumas que se mostram potentes, para isso: o fluxograma analisador, a rede de petição e compromisso dos centros de fala em um jogo organizacional, e os mapas analíticos.

Em várias situações institucionais, essas ferramentas têm permitido acercarmos das várias manifestações que a micropolítica do cotidiano nos serviços de saúde expressa, como situações analisadoras, através dos agires de seus atores / sujeitos situados como operadores de Trabalho Vivo em Ato implicado com a produção do cuidado. Como é a caracterização da instituição saúde, no nosso mundo de hoje.

Com elas abrimos os acontecimentos do dia a dia para trabalharmos a partir da superfície de produção fundadora da produção do cuidado, a dos atores / sujeitos em processos de produção de cuidado, as suas conexões longitudinais com os campos da política e da organização, bem como, com as suas conexões de latitude com as tensões constitutivas, como expressões das situações analisadoras.

O quadro abaixo procura dar ordenamento visual, a isso.

Campo da política e a disputa ético-políticas.	Atores-sujeitos sociais produzindo e se produzindo no cotidiano e em alteridade.	campo da produção da saúde e suas tensões constitutivas, como situações analisadoras: trabalho morto x trabalho vivo agir tecnológico x agir intercessor controle x autonomia memória oral x memória “textual” saber específico x saber do campo implicação do ator x da organização efeito pororoca do agir x fetiche vitimizante do protagonista implicação da profissão x do ator /sujeito /agente
Campo da organização e a disputa pelo autogoverno.	Micropolítica do trabalho vivo em ato.	

Claramente, o que apontamos no quadro é a título de situações exemplos, pois os coletivos em análise micropolítica irão vivenciar situações analisadoras tão próprias, que podem não se referenciar ao que estamos descrevendo e perceber novas possibilidades descritoras do que estamos mostrando. Por exemplo, apontamos a tensão entre “memória

oral e textual”, como situação analisadora, porque nas atividades que fizemos e que inspirou esse material vivenciamos isso no grupo e a sua nomeação trouxe à tona vivências efetivas de parte dos participantes do grupo, naquilo que estavam conversando e significando.

Talvez a maneira melhor de espelhar o que temos vivido nessas situações experiências têm sido o trazer à tona a implicação de cada um e do coletivo com o seu fazer e suas apostas ético-políticas, no campo da saúde, des-vitimizando suas construções significadoras. E, com isso, temos visto um alargamento de vontades e potências aonde antes só havia queixas, lamentos e auto-isolamento.

Notas:

- (1) Um platô é um plano no qual ocorre grande intensidade de produção-desejante, e ao mesmo tempo faz fluxo formando rizoma, ou, mapas abertos que se conectam em diversas direções. Segundo Deleuze (1995, pág. 13): "Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs... Chamamos 'platô' toda multiplicidade conectável com outras hastes subterrâneas superficiais de maneira a formar e estender um rizoma".
- (2) Pororoca é um fenômeno natural que acontece com frequência no Brasil, no encontro das águas do Rio Amazonas com o Oceano Atlântico, em períodos em que a elevação da maré faz com que as mesmas invadam a desembocadura do rio, retornando para dentro dele, com a mesma força que antes vertiam do rio para o mar. A metáfora ilustra o efeito de processos auto-analíticos em coletivos de trabalhadores.
- (3) O termo "capitalístico" foi criado por Félix Guattari (1986) durante os anos 70 para designar um modo de subjetivação que não se achava apenas ligado às sociedades ditas capitalistas, pois trata-se da expressão do modo de *ser* diante do mundo da vida, e isto não se define pelo tipo de sociedade, mas pela via da produção subjetiva do mundo ao qual se está inserido. O capitalístico pode ter expressão em qualquer tipo de sociedade, grupo social, relações de afeto, etc...

Referências:

- ¹ MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília/DF: Ipea, 1993.
- ² FRANCO, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho in *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.
- ^{3,4} ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- ⁵ MERHY, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.
- ^{6,16,23} MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- ⁷ ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- ⁸ DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *O Anti-Édipo*. Lisboa (Portugal): Editora Assírio e Alvim, 1972.
- ⁹ AYRES, J. R. C. M. . Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- ¹⁰ ROLNIK, S. *Cartografia Sentimental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.
- ¹¹ GUATTARI, F. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- ^{12, 13} FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- ¹⁴ MERHY, E.E. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia do serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde; in Merhy, E.E. e Onocko, R. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- ¹⁵ FRANCO, TB e MERHY, EE. *O Uso das Ferramentas Analisadoras para Apoio ao Planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas, SP)*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- ¹⁷ TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Abrasco, 1992.
- ¹⁸ MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília/DF: Ipea, 1993.
- ¹⁹ RIVERA, F.J.U. (org.). *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez Editora/Abrasco, 1992.
- ²⁰ CECÍLIO, L.C. (org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

²¹ CAMPOS, G. W. S. MERHY, E. E. NUNES, E. D. Planejamento sem normas. São Paulo: Hucitec, 1994.

²² MERHY, EE.; Planejamento como Tecnologias de Gestão: tendências e debates do planejamento de saúde no Brasil; in Gallo E. Razão e Planejamento. Hucitec, São Paulo-RJ, 1995.

ⁱ A idéia de pororoca é retirada de Ana Lucia Abrahão, que, em sua tese de doutorado, usa dessa figura para mostrar a dobra da ação sobre o próprio agente do ato. (REFERÊNCIA?)

ⁱⁱ Esta imagem é emprestada de Erminia Silva, que, no seu estudo sobre os circenses e sua arte, nos mostra que o circo é uma escola, por ser o lugar de produção do fazer artístico, de seus próprios artistas e dos saberes.

ⁱⁱⁱ Ver essa discussão no livro *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo* (MERHY, 2002).

^{iv} Os primeiros textos que produzi neste eixo estão no livro *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. (MERHY e ONOCKO, 1997).

^v “Estávamos” faz referência a meus parceiros neste trabalho, Marta Tornavoi e Mauricio Chakkour.