

**APOSTANDO EM PROJETOS TERAPÊUTICOS CUIDADORES: DESAFIOS PARA A MUDANÇA DA ESCOLA MÉDICA
OU
UTILIZANDO-SE DA PRODUÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE COMO DISPOSITIVO DE TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM QUE DEFINEM OS PERFIS PROFISSIONAIS DOS MÉDICOS**

Emerson Elias Merhy
Campinas, junho de 1999

PARTE I - INTRODUÇÃO

Ao olharmos para uma escola médica que propõe a mudança do seu processo de ensino para investir na produção de um "novo" médico, podemos visualizar, pelo menos, duas grandes situações-desafios:

- 1 – como identificar lugares efetivos de ação que levem à mudança no modo de ser da escola, redefinindo suas missões, e
- 2 – como qualificar a busca por um "novo" tipo de competência profissional.

Imaginemos, primeiramente, uma escola que tenha situações estruturais adequadas para realizar seus projetos de formação, ou seja, esta escola conta com área física, docentes, dinheiro, serviços, etc..., em número suficiente para construir bons indicadores sobre disponibilidade de recursos. Nem por isso, o ensino será adequado ou, nem por isso, o perfil do profissional que formará será "novo".

A nossa imaginação tem que ir além dos recursos estruturas e pensar sobre os modos como os dispomos para "produzir" os nossos médicos. Precisamos olhar para o modo como governamos os processos de ensino-aprendizagem e todas as variáveis que implicam na sua composição, como, por exemplo, as maneiras como os docentes se vinculam as práticas de ensino, suas adesões às necessidades dos alunos, os seus modos de agirem na produção dos serviços, entre outros.

Isto é, para pensarmos sobre lugares de ação nas escolas temos que "olhar" para os processos que expressam lugares de atuação, lugares de agires, modos de dispor dos recursos em torno de certos fins e não "estruturas".

São nos processos, nos fazeres que podemos identificar "dispositivos" para mudarmos as maneiras de se governar os recursos disponíveis e os modos de se produzir os resultados que expressam a missão de uma dada organização.

Não estamos, com isso, dizendo que os meios (recursos duros) não sejam necessários, mas sem dúvida não são suficientes. De mínimos recursos, podemos produzir "coisas" distintas conforme o modo de utilizá-los.

Para pensarmos sobre alguns dispositivos específicos das escolas médicas (diríamos até das escolas da área da saúde), temos que nos perguntar sobre a marca singular das mesmas, isto é, que tipo de competência queremos construir. E, isto, nos remete ao reconhecimento de que estamos apostando na formação de um profissional que deverá ter a capacidade de dispor de uma "caixa de ferramentas tecnológicas" cujo "compromisso-objetivo" é produzir o "cuidado em saúde", visando

impactar "necessidades" que os indivíduos e ou os grupos "portam" e expressam como "necessidades de saúde" (veja texto sobre O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde).

No caso do médico, queremos produzir um "operador" de tecnologias de saúde (duras, como os equipamentos, leve-duras, como a clínica e a epidemiologia, e as leves como os processos intercessores relacionais), que tenham competência de gerar e gerir um "projeto terapêutico" que sirva de substrato para a produção do cuidado médico, em particular.

É na construção deste projeto terapêutico que se faz o exercício de síntese das competências, em particular da articulação entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde como um cuidador e o seu agir específico como um profissional médico, por exemplo, com sua competência específica de diante de uma certa teoria sobre os modos de adoecer construir intervenções restauradoras.

Na busca de um "dispositivo" que permita operar a produção dos processos ensino-aprendizagem, nas escolas médicas, a percepção do lugar estratégico que é ocupado pela constituição dos "projetos terapêuticos" no interior das escolas médicas e o modo como eles são instituídos pelas relações entre os alunos e os docentes, permite-nos mirar um campo de intervenção que "mexa" com os distintos processos que compõem a formação médica.

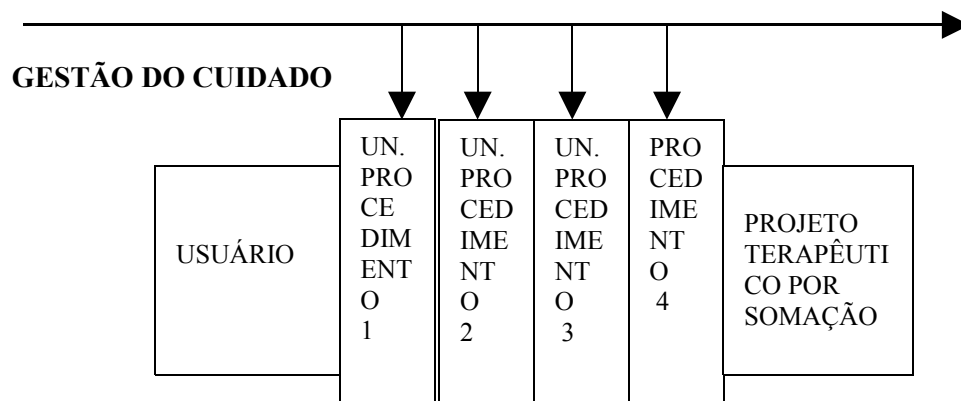
Ao analisarmos mais criticamente os mecanismos de produção do cuidado através da construção dos "projetos terapêuticos" e os distintos modelos de atenção à saúde que definem os perfis profissionais competentes para operá-los, podemos abrir novos terrenos para buscar um "novo" tipo de competência profissional no interior das práticas de ensino das escolas, e assim governar os nossos recursos disponíveis e nossos processos pedagógicos de outras maneiras.

Vamos, agora, tentar compreender um pouco mais sobre estas questões para podermos comparar as apostas que podem ser feitas em distintos projetos terapêuticos e o que elas exigem para serem construídas.

Para tornar mais claro o que estamos afirmando vamos, em primeiro lugar, imaginar as características predominantes, hoje, em um modelo de atenção centrada nos procedimentos médicos, que é o que marca a principal característica das ações em saúde, no Brasil, e que se apresenta com um cuidado em saúde baseado em um "projeto terapêutico", produzido a partir das várias ações individuais, produtoras de procedimentos, portanto bem fragmentado e que se unifica por somação.

Olhando de perto a seqüência deste processo de produção do cuidado podemos esquematiza-lo da seguinte maneira:

PROJETO TERAPÊUTICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU BUROCRÁTICOS



Todos nós, que de uma forma ou de outra somos trabalhadores de saúde ou mesmo usuários (e diga-se de passagem que um dos únicos trabalhadores, que não podem dizer que não vivenciam os serviços que produzem, são os de saúde, pois é impossível não sermos também usuários), sabemos que quando somos “objeto” daquele percurso produtivo, há sempre algo que falta nas relações entre os usuários e os trabalhadores, pois como usuários temos a nítida vivência de que a produção de procedimentos vale mais do que nós mesmos.

É interessante observar que se perguntarmos para qualquer usuário o que ele está buscando no consumo destes atos de saúde, a resposta não é muito diferente de um para outro, e mesmo nós trabalhadores de saúde como usuários também respondemos coisas semelhantes: queremos que isto cuide da nossa vida e permita recuperar nossa autonomia no caminhar o dia a dia, e achamos que para isso os trabalhadores de saúde deveriam ser mais envolvidos conosco, usuários, do que com os procedimentos, deveriam ser mais responsáveis pelo que fazem e ter nome, serem pessoas reais tratando de pessoas reais.

Sabemos, enfim, que um modelo de produção do cuidado que atua com projetos terapêuticos deste tipo, centrado em procedimento médico, está amarrado mais com um exercício pontual de competência do profissional na produção daquele procedimento especializado do que com o cuidado em si, de alguém real que vive necessidades a serem satisfeitas.

Em um modelo deste tipo tornamo-nos, como usuários, mero objetos e como profissionais mero insumos produtores de outros insumos. Nos subjugamos ao mundo das tecnologias duras, empobrecendo nosso núcleo cuidador. Além disso, tornamo-nos, devido a natureza de somação e não integralidade dos atos, responsáveis por projetos terapêuticos cada vez mais custosos sem compromissos efetivos com a produção de atos eficazes em saúde.

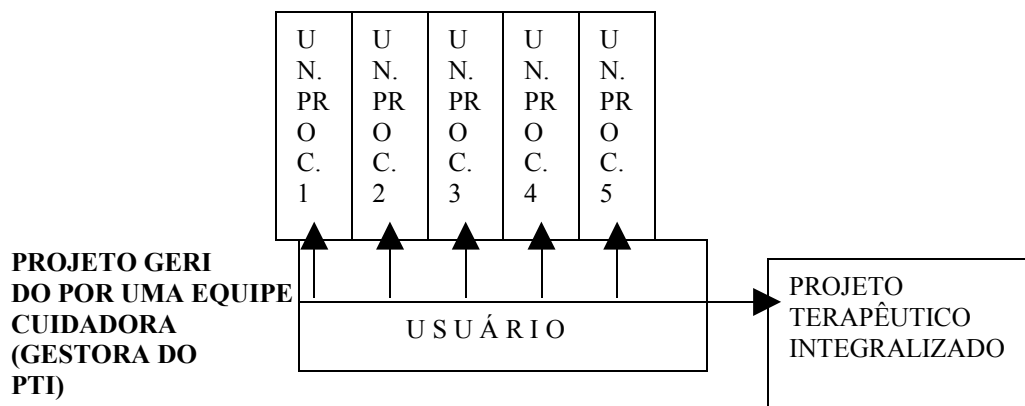
Apesar de não ser tema deste texto, vale assinalar, que até certos interesses privados na saúde, particularmente do capital financeiro que investe neste campo para a obtenção de lucros enormes, já iniciam mudanças substantivas nestes processos produtivos, procurando mudar a composição dos projetos terapêuticos, mas muito mais visando o lucro do que o seu deslocamento para o usuário e a eficácia dos atos de saúde.

Sem dúvida, uma escola médica comprometida com um modelo deste tipo, o centrado em projetos terapêuticos fragmentados e integralizados por somação, não pode almejar a formação de um profissional cuidador e responsável, que lute pelo direito do paciente e que o aborde de modo mais “humanizado”. Pois, uma escola centrada neste modelo forma mesmo é médicos “alienados”, que estão muito mais interessados em suas competências só específicas sem serem cuidadores, ou seja, sem colocar estas competências especializadas a serviço de um projeto cuidador e integral, que faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que em última medida seja centrada no usuário.

Buscar nos anos de formação esta mudança é o grande desafio atual das escolas médicas. Para isso, as mesmas devem se armar de dispositivos para a mudança que permita atingir o modo como compõem as competências dos profissionais médicos para a produção dos projetos terapêuticos.

Neste sentido, abaixo, procuramos mostrar inclusive graficamente como são os distintos processos de produção do cuidado e dos projetos terapêuticos, para podermos imaginar locus de ações transformadoras, em busca de um novo médico.

PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR CENTRADO NO USUÁRIO



PARTE II - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS VÁRIOS PROCESSOS PRODUTIVOS QUE ESTÃO ENVOLVIDOS COM A CONFORMAÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS

Com isso, pretendemos possibilitar uma melhor análise das competências necessárias para a produção de projetos terapêuticos centrados nos usuários e nas capacidades cuidadoras dos profissionais de saúde, a nível dos vários serviços produtores do cuidado.

produção dos insumos

modos estruturados de produção dos insumos burocrático-administrativos e logísticos como roupa, alimento, etc...

produção dos procedimentos profissionais centrados

modos quase-estruturados e estruturados de produção de procedimentos de saúde como imagens, cirurgias, consultas, etc...

produção da dimensão cuidadora

modos de produzir os projetos terapêuticos fins pelo encontro matriciado dos outros dois com o processo de produção cuidador em saúde, que é sempre intercessor, coletivo, em ato e quase-estruturado (envolvendo o modo de gerir os processos, as formas de realizar as relações entre os trabalhadores de saúde e os usuários, e as próprias relações entre os trabalhadores, dentro da configuração das tecnologias de saúde)

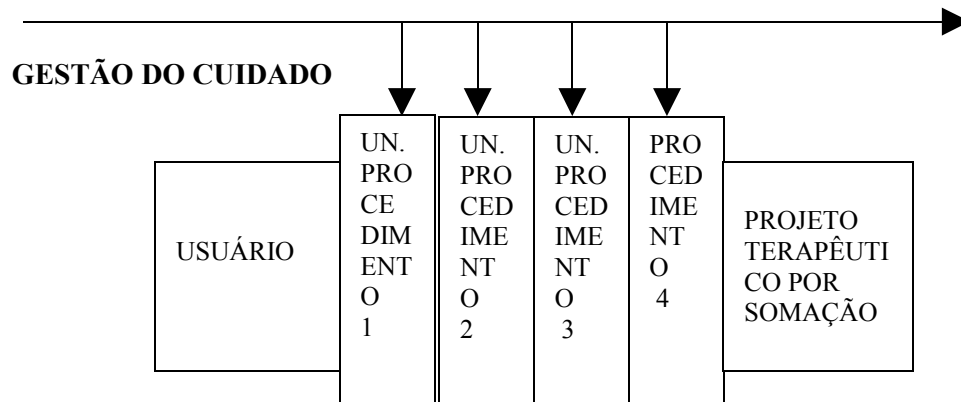
A ARTICULAÇÃO ENTRE ESTAS DISTINTAS LINHAS PRODUTIVAS DESEMOCA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE, QUE TERÁ UMA “CARA” DIFERENTE CONFORME O MODELO DE ATENÇÃO QUE EXPRESSA.

CADA LINHA PRODUTIVA, PELA SUA PRÓPRIA NATUREZA, EXIGE FERRAMENTAS GERENCIAIS APROPRIADAS, POR EXEMPLO, PROCESSOS ESTRUTURADOS PODEM SER BEM GOVERNADOS POR TECNOLOGIAS NORMATIVAS, ENQUANTO OS OUTROS TIPOS DE PROCESSOS EXIGEM TECNOLOGIAS MAIS ESTRATÉGICAS E SITUACIONAIS PARA A AÇÃO GOVERNAMENTAL

Para ficar mais nítida a composição que podem adquirir estas distintas linhas produtivas, conforme os modelos de atenção em cena, utilizamos de uma outra maneira de representar estes processos produtivos, como por exemplo no desenho abaixo, no qual procuramos mostrar como eles se articulam nos processos procedimentos centrados ou nos usuários centrados

COMPOSIÇÃO DOS PROJETOS CENTRADOS EM PROCEDIMENTOS

PROJETO TERAPÊUTICO CENTRADO EM PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU BUROCRÁTICOS

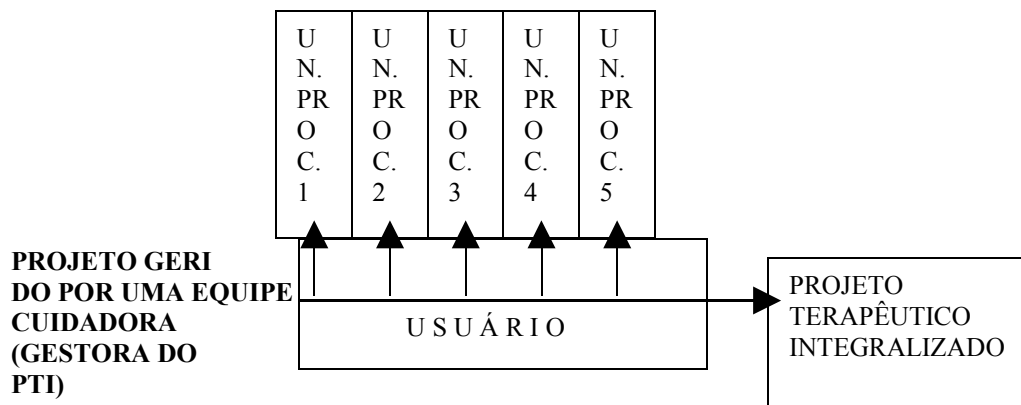


ESTAMOS REPRESENTANDO COM ESTE DESENHO O FATO DE QUE EM UM MODELO DESTE TIPO A LINHA PRODUTIVA CHAVE É A QUE ESTÁ COMPROMETIDA COM A PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS PROFISSIONAIS CENTRADAS, QUE PARA SE REALIZAR CONSOME CENTRALMENTE INSUMOS BUROCRÁTICO-ADMINISTRATIVOS E LOGÍSTICOS PRÓPRIOS DA SAÚDE

PORÉM, SE OLHARMOS O MODO COMO ESTE MODELO É GOVERNADO VEREMOS QUE IMPERAM DE MODO ESTRATÉGICO AS AÇÕES SOBRE OS PROCESSOS QUASE-ESTRUTURADOS, DEFINIDAS TANTO PELAS LÓGICAS QUE PERMITEM ORDENAR O PODER NA ORGANIZAÇÃO A PARTIR DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS, QUANTO POR AQUELAS NECESSÁRIAS PARA GARANTIR, COM AS TECNOLOGIAS CENTRADAS NA COMPETÊNCIA DESTE PROFISSIONAL, A PRODUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS MÉDICO-CENTRADOS

COMPOSIÇÃO DOS PROJETOS CENTRADOS NOS USUÁRIOS

PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR CENTRADO NO USUÁRIO



PORÉM, DEVEMOS IMAGINAR QUE PODE-SE PRODUZIR UM PROJETO TERAPÊUTICO CUIDADOR MESMO CENTRADO EM UM ÚNICO PROFISSIONAL, O QUE NÃO NECESSARIAMENTE IMPLICARIA EM SE TER UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA PRODUZI-LO, MAS COM CERTEZA ESTE PROJETO TERAPÊUTICO, QUE SERIA MAIS AMPLO QUE O FRAGMENTADO, TERIA TAMBÉM DEFICITS DE CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO. CREMOS QUE A ATENÇÃO GERENCIADA QUE VEM SENDO UTILIZADA POR VÁRIOS SEGUROS DE SAÚDE BUSCAM ESTA CONFORMAÇÃO, MAS MUITO MAIS PARA UM CUIDADO EM SAÚDE CAPITAL CENTRADO QUE EXIGE AÇÕES DE CUSTOS BEM CONTROLADOS

DEVEMOS IMAGINAR TAMBÉM NESTA SITUAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE CENTRADOS NOS USUÁRIOS COMO DEVE SER GOVERNADO ESTE MODELO. E, PARECE-NOS QUE AS EXIGÊNCIAS DE OPERAR TECNOLOGIAS ESTRATÉGICAS E SITUACIONAIS AUMENTAM, POIS HÁ A NECESSIDADE DE GOVERNAR PROCESSOS DE NATUREZAS MUITO DISTINTAS, COMO, POR EXEMPLO, AQUELES DEFINIDOS: PELAS PRÁTICAS DE SAÚDE CENTRADAS NO TRABALHO VIVO EM ATO QUE OPERAM BASICAMENTE O TERRITÓRIO DE TECNOLOGIAS LEVES, NECESSARIAS PARA CONFORMAREM AS AÇÕES CUIDADORAS E intercessoras EM SAÚDE, PELAS PRÁTICAS MULTIPROFISSIONAIS QUE COMPÕEM O CUIDADO MAIS INTEGRAL E QUE SE SUPORTAM EM PROCESSOS AS VEZES MUITO DISTINTOS E MESMO TENSOS ENTRE SI, PELAS PRÁTICAS DE DISPUTA PELO PODER E POR PROJETOS QUE TODA ORGANIZAÇÃO COMPLEXA COMPORTA, ENTRE OUTRAS.

PARTE III - PROCURANDO MELHORAR A COMPREENSÃO DAS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS PARA QUEM APOSTA NA MUDANÇA

Vamos procurar refletir sobre a aposta em construir um outro projeto terapêutico por parte da escola médica e como isto pode agenciar, mexer, com o conjunto dos processos de ensino-aprendizagem, ao mesmo tempo, que permite operar no terreno que define a competência do exercício profissional do médico, tornando-o antes de tudo um profissional cuidador e comprometido com a defesa da vida do usuário.

Para tornar isto foco de ações concretas é necessário compreendermos como em um certo modelo e, portanto, em um certo modo de se produzir o projeto terapêutico, os territórios chaves que permitem operar aqueles vários terrenos são os que estão definidos tanto no campo das micropolíticas dos processos de trabalho em saúde e os modos de governa-los, quanto no campo das modelagens organizacionais para institui-los como modelos de ação em saúde, que igualmente se processam em modos próprios de governar relações institucionais. Ou seja, nos seguintes territórios:

No território 1, estamos chamando a atenção para a identidade do campo de práticas de saúde como um território de práticas técnicas produtoras do cuidado em saúde, que aparece, predominantemente, sob as formas da medicina e da saúde pública, nas sociedades contemporâneas.

No 2, estamos chamando a atenção para as várias lógicas micropolíticas e institucionais, articuladas pelos: modos de produzir atos de saúde, modos de organizar os poderes entre as profissões de saúde, modos de organizar estruturas burocrático-administrativas, modos de representar riscos e doenças.

No 3, chamamos a atenção para um desenho predominante que é adquirido por estas lógicas e que marcam um mapa bem definido enquanto um certo modelo de se produzir o cuidado em saúde, no qual define-se os próprios perfis profissionais.

Após esta caracterização, vamos detalhar estas questões olhando para o modo como os projetos terapêuticos e o cuidados, como expressões de modelos concretos de atenção à saúde, se conformam.

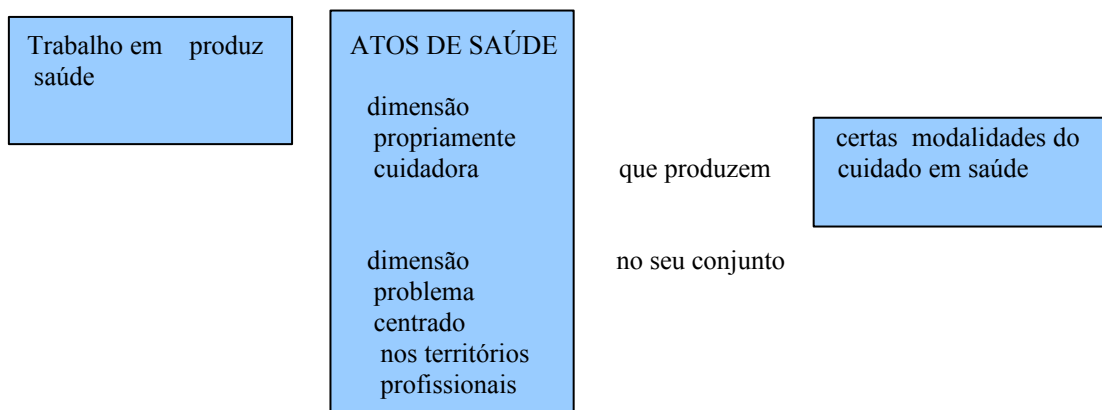
Em vários outros textos, já havíamos definido, que a missão de qualquer organização de saúde é perseguir, de uma forma ou de outra, a produção do cuidado. Agora, estamos acrescentando que este processo passa pela conformação de projetos terapêuticos implicados pelos modos como as práticas técnicas em saúde estão direcionadas, enquanto uma certa configuração assistencial.

Nos gráficos abaixo tentaremos expressar estas dimensões utilizando-se de alguns quadros já conhecidos dos leitores:

No quadro, adiante, a idéia básica a trabalhar é de que os projetos terapêuticos fazem a mediação entre a produção dos atos de saúde e a conformação do cuidado, além de possibilitar compreender que conforme o modelo de atenção à saúde, pode-se produzir como resultados centrais das práticas, cuidados muito mais comprometidos com a produção de procedimentos (médicos, sanitários, entre outros), como já apontamos, e que são expressos sempre na conformação de projetos terapêuticos fragmentados, substrato que faz a mediação entre esta forma de produzir atos de saúde e a configuração de um cuidado centrado nos procedimentos médicos.

Na vivência da maioria há muito mais acúmulo com processos cuidadores em saúde que descuidam e que são mais profissionais centrados do que usuários centrados. Mas, nem por isso deixam de ser práticas técnicas que recortam o mundo das necessidades dos usuários e que necessitam ser de alguma maneira eficazes, senão perdem seu sentido de tecnologias em saúde.

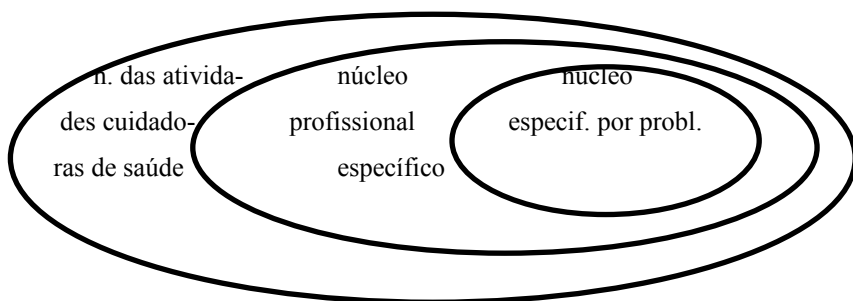
No quadro seguinte, a idéia é demonstrar que quando se produzem os atos de saúde, atua-se pelo menos em duas dimensões: uma cuidadora centrada e outra profissional centrada.



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 e práticas técnicas. Definem-se inclusive como predomínio de um sobre o outro, de tal modo que há modelos nos quais a dimensão propriamente cuidadora pode estar anulada.

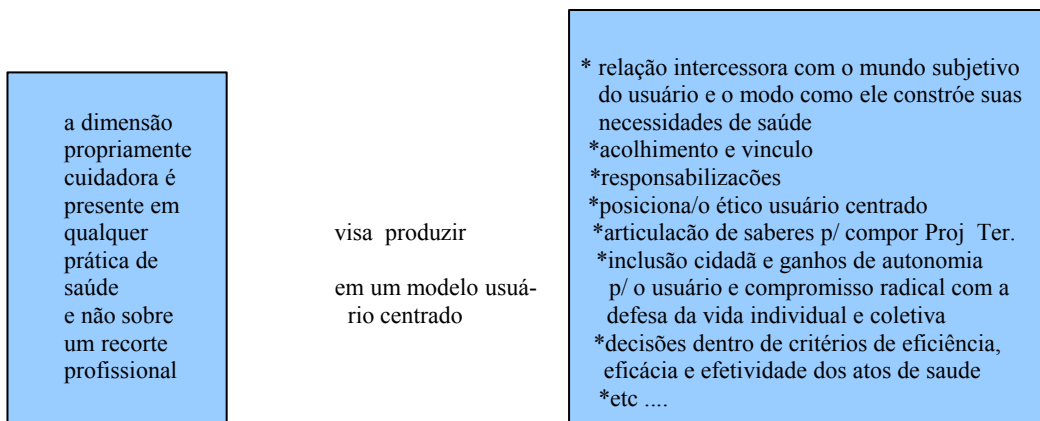
Todos recortes das necessidades de saúde, enquanto sentido de certos modelos de atenção, apresentam uma tensão entre a dimensão propriamente cuidadora e a profissional, de qualquer tipo de trabalhador de saúde, e não só dos reconhecidos como tal.

Por isso, no quadro abaixo procuramos mostrar que o recorte das necessidades de saúde pelas práticas técnicas opera com certos núcleos de competências tecnológicas, que em alguns casos são também profissionais e em outros não.



Neste momento, seria interessante imaginarmos o que propriamente compõe estas dimensões e para isso iremos idealizar uma reflexão tomando como parâmetro a produção de um cuidado centrado no usuário e comprometido com a defesa radical da vida, individual e coletiva, em saúde.

Nesta situação, podemos descrever como partes da dimensão cuidadora as seguintes características:

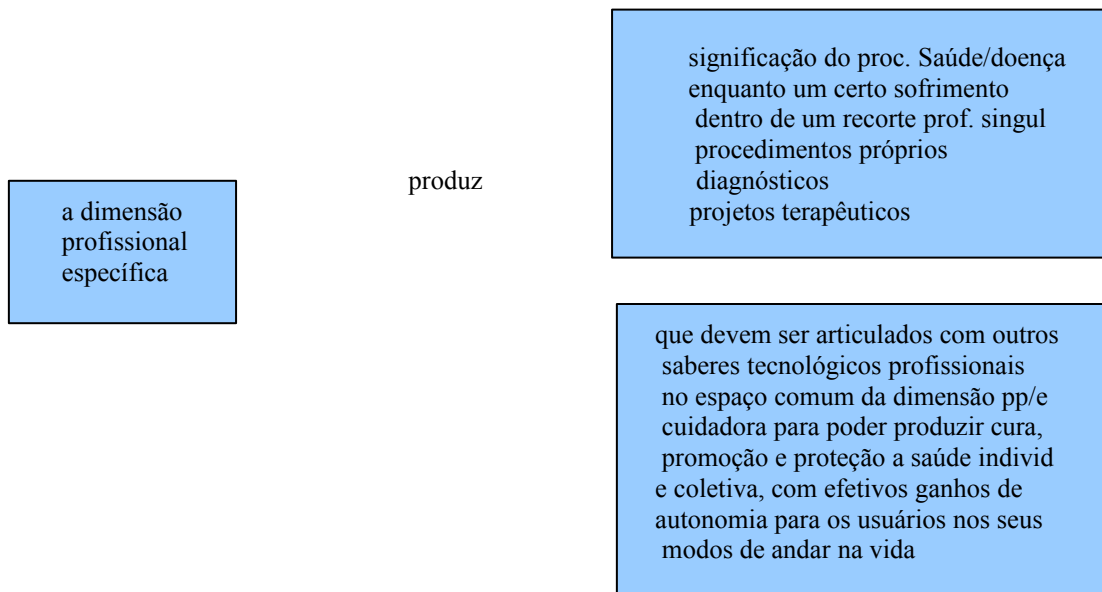


PARA REALIZAR A PRODUÇÃO VISADA PELA DIMENSÃO PROPRIAMENTE CUIDADORA DEVE-SE CONTAR COM UMA CAIXA DE FERRAMENTAS DE SABERES TECNOLÓGICOS E MODOS DE AGIR EM SAÚDE

ESTA CAIXA DE FERRAMENTAS DEVE SER COMPOSTA CENTRALMENTE PELAS TECNOLOGIAS LEVES E PELA DIMENSÃO RELACIONAL DA CLÍNICA, QUE DEVE SER PARTE DA COMPOSIÇÃO DA COMPETÊNCIA DE QUALQUER PROFISSIONAL DE SAÚDE, E NÃO SÓ DOS MÉDICOS, POSSIBILITANDO A QUE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SEJAM SEMPRE, ANTES DE TUDO, CUIDADORES

PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE UM MÉDICO QUE SEJA ANTES DE TUDO UM CUIDADOR, COMO QUALQUER OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE, AS ESCOLAS MÉDICAS DEVEM INSCREVER NO INTERIOR DE SUAS PRÁTICAS ESTES SABERES TECNOLÓGICOS E SUAS TÉCNICAS QUE COMPÕEM A DIMENSÃO PROPRIAMENTE CUIDADORA. A PARTIR DESTA QUALIFICAÇÃO DEVE-SE OPERAR A CONSTRUÇÃO DE UM PROFISSIONAL ESPECÍFICO, MESMO QUANDO DESENHA UM ESPECIALISTA

Já, as características da dimensão profissional centrada, seriam:



A CAIXA DE FERRAMENTAS DE UMA PROFISSÃO ESTÁ PRINCIPALMENTE MARCADA PELA COMBINAÇÃO ENTRE OS TERRITÓRIOS DAS TECNOLOGIAS LEVE-DURAS (COMO A PROPEDÊUTICA MÉDICA, A CLÍNICA, A EPIDEMIOLOGIA), ARTICULADAS COM AS DURAS, COMO O CONJUNTO DAS TECNOLOGIAS ARMADAS, QUE SE SOMA A CAIXA DE FERRAMENTAS CUIDADORA PARA DAR O PERFIL DO EXERCÍCIO CONCRETO

Diante disso tudo, devemos colocar algumas perguntas sobre os desafios que se têm pela frente:

Como a escola médica poderá apostar em novos dispositivos de mudanças, que estejam articulados a produção de novas competências do exercício profissional, de tal modo que estes consigam aliar os ganhos de competência em operar a produção de procedimentos com uma capacidade cuidadora centralmente comprometida com o usuário?

Como construir um novo pacto entre docentes e as novas missões que se tornarão necessárias para as escolas nos seus desenhos assistenciais?

Como mexer no atual lugar partido entre disciplinas básicas e clínicas, de tal maneira que as duas façam sentido na medida que a condução da definição de uma competência cuidadora mobilize núcleos de competências profissionais?

Como combinar novas estratégias globais didático-pedagógicas para o conjunto das escolas, com uma redefinição do lugar dos docentes enquanto portadores de práticas cuidadoras e especializadas?

Como explorar esta dupla capacidade de todos os profissionais de saúde nas práticas do ensino profissional médico e superar os desenhos de currículos por disciplinas por processos ensino-aprendizagens por temas e problemas?

Como produzir uma formação médica que deve ser realizada de tal modo que possibilite a construção de um profissional que seja ao mesmo tempo: um gestor do cuidado, um cuidador, um médico. E que seja, também, um cidadão comprometido radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva, que coloca todas as suas competências específica e genérica a serviço dos usuários individuais e ou coletivos?