

**UM DOS GRANDES DESAFIOS PARA OS GESTORES DO SUS:
APOSTAR EM NOVOS MODOS DE FABRICAR OS MODELOS DE
ATENÇÃO**

*Emerson Elias Merhy – médico sanitарista, professor da unicamp
(05/2002)*

**SAÚDE É MUITO COMPLEXO PARA SER RESOLVIDO POR
PROJETOS MUITO SIMPLES – LEMA APRENDIDO AQUI EM MINAS,
EM PARTICULAR COM A REDE MUNICIPAL EM UM DOS MAIS
SÉRIOS E RICOS TRABALHOS DE QUE JÁ PARTICIPEI, NA ÉPOCA
DO CESAR CAMPOS COMO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.
TRABALHO QUE ME ENSINOU A RICA FONTE DE CRIAÇÃO QUE
SÃO OS TRABALHADORES DE SAÚDE E QUE O CENTRO DE TUDO
NA SAÚDE É O MUNDO DAS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS**

**NÃO ACREDITO EM RECEITAS DEFINITIVAS PARA A
ORGANIZAÇÃO DA PRODUÇÃO DE SAÚDE, PARA OS PROCESSOS
TECNOLÓGICOS QUE A MESMA PRESSUPÕE. QUANDO VEJO EM
EXPERIÊNCIAS COM PACIENTES HIV+, QUE A CONSULTA
ODONTOLÓGICA FUNCIONA COMO DISPOSITIVO PARA ABRIR
NOVOS ENCONTROS SUBJETIVANTES, FICO COM MAIS CERTEZA
AINDA. O QUE ME COLOCO PARA AS ORGANIZAÇÕES PROPOSTAS
É SEMPRE A MESMA PERGUNTA: DO PONTO DE VISTA DA ÉTICA
DA VIDA DOS USUÁRIOS O QUE VOCÊ PRODUZ? E COMO?**

**QUE SE JUNTOU A IDÉIA DE QUE DEVEMOS SUPERAR OS
MODELOS CENTRADOS NOS INTERESSES CORPORATIVOS
PROFISSIONAIS OU ECONÔMICOS FINANCEIROS DOS
EMPRESÁRIOS DA SAÚDE, TRANSFORMANDO-OS EM USUÁRIOS
CENTRADOS. SUPERAR AS LÓGICAS DE PRODUÇÃO DE
PROCEDIMENTOS EM SI PELA DA PRODUÇÃO DA SAÚDE E DA
DEFESA VIDA, INDIVIDUAL E COLETIVA**

DESAFIO: construir novos sentidos para as ações de saúde

Os modelos de atenção à saúde, antes de tudo, expressam relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre 4 tipos de atores centrais, que são situações políticas que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos.

Se os trabalhadores de saúde – mesmo que estejam interessados em si mesmo e nos seus ganhos pessoais e corporativos – não se colocarem como fazedores de atos de saúde (nem que isso seja só a capacidade de produzirem um procedimento qualquer) e se apresentarem como tal para negociar o modelo, não serão reconhecidos pelos outros no jogo em situação e não terão legitimidade para atuar, para contratualizar.

O usuário pode entrar só com a sua representação das necessidades sobre a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário por ser forma de apresentação das necessidades de saúde, do modo como concebe o para que quer gastar sua vida. A saúde é um valor de uso fundamental para ele, pois expressa esta possibilidade de produzir sua vida.

Abrir um processo de negociação claro em cada espaço público no qual há o encontro entre estes atores, que se pauta pela centralidade do usuário, é vital para reordenar a lógica dos modelos de atenção à saúde e um desafio vital para os que querem construir um SUS implicado, na sua alma, com a defesa radical da vida individual e coletiva.

OS USUÁRIOS

A centralidade dos usuários, individuais e coletivos, vem de seu território de identidade como aqueles que gastam sua vida de certos modos e não outros, que usam sua capacidade de viver para produzir modos de caminhar na vida, sendo a saúde esta possibilidade de criar seus mecanismos de gastar a potência de viver. Logo, como produtores e portadores das necessidades de saúde.

Na nossa sociedade pode-se expressar em um quadro as distintas formas de representação das necessidades de saúde e para isso utilizei a contribuição de Luiz Carlos de Oliveira Cecilio e Norma Fumie Matsumoto, que propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde como forma de analisar a experiência do PAS, em São Paulo, e que ajuda bastante nesta reflexão.

E este quadro não expressa as situações reais vividas pelos usuários, como já havia dito antes, mas permite fazer um leque das muitas possibilidades de representações que as necessidades de saúde pode ter e que de um modo ou outro estará sendo tomado como objeto do ato de cuidar.

<i>Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos</i>	<i>Algumas idéias sobre os seus significados</i>
<i>Necessidade de boas condições de vida</i>	<i>boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão</i>

<i>Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença</i>	<i>ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído</i>
<i>Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida</i>	<i>sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (saberes, equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida</i>
<i>Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)</i>	<i>poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo seu atendimento dentro do sistema</i>
<i>Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)</i>	<i>ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.</i>

A provocação, aqui exposta, é de se poder imaginar que quanto mais abrangente for este mundo incorporado pelo ato de cuidar, mais este vai ter que operar uma caixa de tecnologias ampla e complexa, não sendo suficiente que alguns poucos programas tentem dar conta da produção da saúde, pois esta é exigente e complexa. Mobiliza muitas linhas de cuidado. Consome muitos tipos de saberes tecnológicos.

Por exemplo, o cuidado médico mesmo utilizando-se de uma clínica ampliada, ou do sujeito (como fala Campos – 1996), não consegue por si dar conta do universo que está colocado pelo conjunto das necessidades apresentadas. Porém, conforme o modelo que for negociado neste terreno, aquela caixa poderá ser menos potente, ou não; necessitará de

uma amplitude multidisciplinar e multiprofissional maior ou menor.

A própria hegemonia médica, atual, que é centrada em uma redução do ato de cuidar a produção de procedimentos profissionais centrados, vai encontrar terreno fértil ou não, conforme a capacidade de desenhar o mundo das necessidades de saúde de um jeito ou outro. Pois, neste jogo, os profissionais de saúde atuam de modo muito significativo, pois podem pelo domínio que têm do território tecnológico de produção do ato de cuidar, condicionar e mesmo determinar as formas de representação dos usuários sobre as suas necessidades.

Vale entender que estes profissionais são detentores de um conjunto de saberes e de modos de fazer os atos de cuidar que lhes permite também gerar processos mais ou menos centrados nos usuários, o que irá favorecer para produzir maior ou menor tensão no terreno de negociação entre eles e o mundo das necessidades de saúde, exigido por um modelo usuário centrado.

OS TRABALHADORES

A finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde.

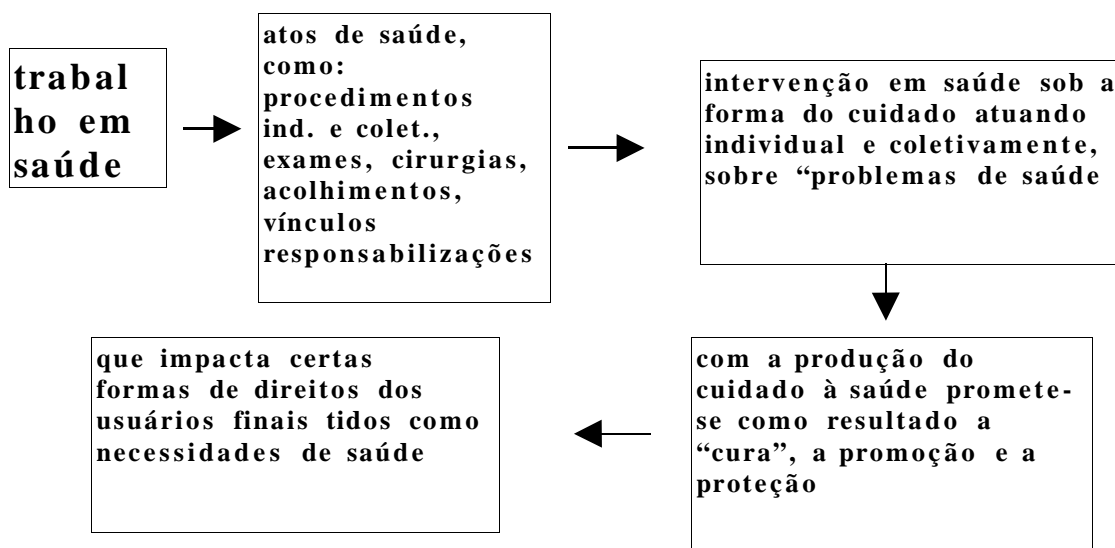
Parto, hoje, da constatação de que as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde.

Dimensões estas que se expressam em terrenos tecnológicos que denomino de leve, leve-duro e duro, e que procuram tornar explícito que todos trabalhadores de saúde fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias, independente do recorte profissional. Que conseguir trabalhar

sobre este núcleo comum e matriciá-lo com o seu profissional específico pode criar muitas situações para operar o encontro com o mundo das necessidades, bem favoráveis no sentido de produzir encontros positivos entre as lógicas do agir tecnológico e as lógicas dos usuários, individuais e coletivos.

Trabalhando nesta perspectiva, tenho visto muitas intervenções tecno-assistenciais nas redes de serviços, básicas, especializadas e hospitalares, redefinirem o espaço público da gestão dos modelos de atenção e os sentidos das ações de saúde, através da capacidade de gerar novas possibilidades governativas da micropolítica do trabalho em saúde, neste campo da negociação entre o tecnológico e as necessidades, tendo como suporte os sujeitos reais, em situação e ação.

O quadro abaixo procura mostrar, em resumo, o lugar do trabalhador no campo do agir em saúde.



OS GESTORES GOVERNO

Considero que todos atores governam e com suas capacidades de governar e disputar seus projetos, transformam todo o cenário. Já disse em várias situações que tanto o usuário governa, quanto os trabalhadores. Mas, aqui me dobro sobre os que estão em situação de governo formal.

Os que ocupam lugares na máquina estatal. Os que ocupam lugares no aparato jurídico-político do estado.

E neste particular estou falando dos que representam blocos políticos que disputam e ocupam lugares de poderes constituídos nas arenas institucionais de governo formal. Detendo grande parte do controle da constituição das arenas públicas estatais. O que lhes dá um terreno de grande potência para operar certos recursos, como por exemplo, a capacidade de administrar recursos das máquinas públicas para dar certos sentidos para as políticas públicas, e não outros.

Mas, como venho pisando o tempo todo, isto não quer dizer que este ator seja único e nem que ele domina plenamente este cenário. O modo como os outros ocupam e mesmo definem, com suas ações e disputas, o que é público e privado, redefine potências e regras. Cria novos recursos e mesmo normas. Rearticulando o jeito dos atores jogarem.

Pode-se pensar que o quê os governos negociam, em última instância, são: a natureza pública e privada da saúde como valor de uso e troca; a dimensão pública e privada das arenas institucionais; a organização social e técnica das práticas produtoras do cuidado. E, que para isso, colocam sua capacidade de dar direção para os vários recursos que controlam na máquina estatal.

Não pode-se descartar a zona de autonomização relativa dos diferentes gestores que o sistema de saúde desenha. Há níveis de gestão do sistema, inclusive junto a cada estabelecimento de saúde, nos quais o grau de liberdade permite haver negociações singulares, nos seus espaços públicos institucionais, sobre a cara do modelo de atenção a ser perseguido no dia a dia do fabricar as intervenções em saúde.

Contar com isso, é uma arma muito positiva para quem aposta em mudanças dos sentidos dos modelos.

Creio que os recursos que os gestores governo mais operam são:

- 1 – sua capacidade de formular políticas nas arenas instituídas e mesmo de cercar estas arenas para a penetrabilidade de outros, ou de publicizá-las;*
- 2 – o controle substantivo do financiamento público;*
- 3 – a capacidade física instalada no aparato estatal;*
- 4 - a capacidade de induzir o uso das tecnológicos disponíveis, no público e no privado;*
- 5 – os mecanismos de acessibilidade ao sistema prestador;*
- 6 – capacidade de induzir a introdução de novas tecnologias;*
- 7 – capacidade de viabilizar novos processos gestores de cada estabelecimento de saúde, construindo possibilidades governativas das relações entre os trabalhadores e os usuários, entre outros.*

A maior ou menor penetrabilidade da maquinária pública pelos interesses dos distintos grupos sociais vai forjando movimentos no interior das políticas públicas. Inclusive a capacidade das distintas forças sociais atuarem no terreno da formulação de projetos para a sociedade e de fazerem seus interesses particulares ascenderem ao nível de interesse geral, ou a ele serem incorporados, enquanto público.

Porém, se os gestores não conseguirem impactar os modos como são construídas as contratualidades entre trabalhadores e usuários, no dia a dia dos serviços, não operam intervenções transformadoras nos modelos de atenção. Em particular, para quem tem como intenção, de sentido último daquelas contratualidades, dirigir a capacidade tecnológica de ação dos trabalhadores para a defesa intransigente da vida individual e coletiva dos indivíduos e populações.

OS DESAFIOS QUE OS GESTORES DO SUS ENCONTRAM PARA GOVERNAR AS RELAÇÕES ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS

Por experiência, os profissionais e consumidores sabem, que quanto maior a composição das caixas de ferramentas utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho. Que quanto mais claro for que o sentido da ação dos trabalhadores for dado pelo campo dos usuários, mais definitivo o modelo de atenção explicita-se como comprometido com a defesa da vida.

Porém, sabe-se também que se os gestores formais não conseguirem produzir esta “cumplicidade” usuário / trabalhador, não conseguirão construir políticas de saúde dirigidas por aquilo que lhe dá sentido, em última instância: ser instrumento de qualificação dos modos de se viver e se gastar a saúde, em sociedade.

Creio que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

De uma maneira geral, todos processos atuais de produção da saúde, em particular as que buscam novas lógicas para as relações trabalhadores (tecnologias) e usuários (necessidades de saúde), vivem

algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, dentre as quais destaco:

- *a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura e da promoção;*
- *a lógica da construção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.*

*Torna-se um desafio a possibilidade de se pensar modelos organizacionais que permitam operar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los, sem necessariamente trocar uma privatização por outra, mas também sem aprisioná-lo exclusivamente sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e **sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado.***

Para um modelo SUS usuário-centrado torna-se desafio: como tornar pública uma dinâmica microdecisória, a tal ponto que os verdadeiramente interessados nesta (ou seja, os usuários com suas necessidades de saúde) possam, também, colocar suas razões em jogo. E, assim, esse é um problema que passa a interessar a todo o conjunto dos processos gerencial e regulatórios, tanto no plano da organização,

quanto do processo de trabalho, que pede uma descaptura do trabalho vivo em ato no plano da assistência e no plano da gestão, contemplando a razão do usuário como seu eixo.

*Considera-se como uma possibilidade pensar que, **no jogo do privado e público em torno dos processos instituintes dos diferentes trabalhos vivos em ato no interior do processo de trabalho em saúde, a dimensão privada deste processo sob a visão do usuário é o que tem a capacidade de publicizar o conjunto dos outros e distintos processos privatizantes, como os dos trabalhadores médicos e administradores.***

***Publicizar**, então, deve ser a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde, para que neles atue a força instituinte do usuário, mesmo que ele não esteja fisicamente ali. Em sua racionalidade instrumental, os usuários procuram, ao consumir produtos do trabalho em saúde, pelo menos serem acolhidos nesse processo, a ponto de que na dinâmica do mesmo haja um momento em que se possa “escutá-los” nas suas manifestações-necessidades, que permita sua expressão do que “deseja” buscar; ao mesmo tempo, que possibilite o início de um processo de vinculação/resolução com um conjunto de trabalhadores, no sentido de que ali, em ato, estabeleça-se uma relação de compromissos e responsabilizações entre saberes (individuais e coletivos), na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida, que envolvem atividades de promoção, proteção e recuperação, e que almejam em última instância ganhos maiores de autonomia (Canguilhem, 1971, Campos, 1997).*

Partindo dessa lógica instrumental dos usuários dos serviços de saúde, mesmo admitindo suas distintas maneiras de se vincularem a esse

processo, pode-se perceber que é no interior do processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório que intervém nesse contexto, modo operatório este do tipo de uma “tecnologia leve”, a tecnologia das relações inter-trabalhos vivos em ato, que acaba por ser fundante da qualidade e do custo final da intervenção em saúde, pois nele está colocado o processo de captura do trabalho vivo por certos modelos tecnoassistenciais, como o da medicina centrada em procedimentos.

Tomar os processos de gestão institucional desse universo tecnológico próprio do trabalho vivo em ato, que permita submetê-los a processos de avaliações coletivas e colegiadas no interior das equipes de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, gestores, e outros, no interior de serviços concretos, é colocar em debate o conjunto dos processos que definem a relação qualidade e custo das ações de saúde, tomando como centro dessa avaliação os benefícios que o trabalho em saúde pode permitir para a qualificação da vida e da sobrevivência das pessoas adoecidas ou sob risco de adoecer.

Portanto, é possível publicizar o conjunto dos processos microdecisórios em torno do “interesse privado” do usuário, dirigido pela eficácia das ações em termos de processos mais acolhedores, vinculantes, resolutivos e autonomizadores?

Nesse sentido, os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores (Cecílio, 1994), articulados a uma rede de serviços de saúde regulada pelo estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário (Merhy, 1998).

SEM RECEITAS PARA O SUS, MAS COM INDICAÇÕES

Nesta busca de procurar governar os distintos processos inscritos no campo da saúde, marcados pela constitutividade daquelas bases tensionais, os distintos projetos têm de utilizar, de explorar, nas suas várias estratégias gerenciais, como faz a atenção gerenciada, as potências implicadas no agir em saúde, procurando instituir novas modalidades de políticas e de construção do cuidado. Porém, qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular aquele território tenso e aberto do “fazer em saúde”, não há como não se experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.

Esses desafios, em síntese, expressam-se nos seguintes terrenos:

- *no dos processos de construção da legitimação de uma certa política, em um campo altamente partilhado e disputado;*
- *no dos mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, que não podem ser eliminados;*
- *e no das práticas que procuram ordenar a produção de atos de saúde, que são sempre trabalho vivo em ato centrada.*

Como uma experiência de mudança experimentada no SUS (Mendes, 1993; Cecílio, 1994), pautada portanto pelo mundo dos usuários, pode-se imaginar que os focos de intervenção no dia-a-dia do fabricar modelos de atenção usuário-centrados estão sempre marcados pelas caixas de ferramentas que aumentam a capacidade de:

- 1. governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões;*
- 2. publicizar o exercício privado do agir, sem matá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, e no reconhecimento da conformação multireferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários. Único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios;*
- 3. produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras, com configurações tecnológicas do agir em saúde que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves;*
- 4. não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal deste agir - que é a cuidadora - por uma outra econômico-centrada, procurando organizar serviços focados nos*

núcleos cuidadores, que otimizam o uso de procedimentos dentro de uma lógica usuário-centrada;

- 5. operar a gestão cotidiana, de modo partilhado, por problemas, como um dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação, e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos “públicos”;*
- 6. construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas.*

Por último, vale lembrar, que não são quaisquer ferramentas de governo que permitem agir em um modelo, centrado no usuário, que visa um novo modo de construir o cuidado e o forjamento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos.