

## **MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE COMO CONTRATO SOCIAL**

**TEXTO APRESENTADO NA 11 CNS - BRASÍLIA - 2000**

**EMERSON ELIAS MERHY (CAMPINAS - UNICAMP)**

**O TEMA DE QUALQUER MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE, FAZ REFERÊNCIA NÃO A PROGRAMAS, MAS AO MODO DE SE CONSTRUIR A GESTÃO DE PROCESSOS POLÍTICOS, ORGANIZACIONAIS E DE TRABALHO QUE ESTEJAM COMPROMETIDOS COM A PRODUÇÃO DOS ATOS DE CUIDAR DO INDIVIDUAL, DO COLETIVO, DO SOCIAL, DOS MEIOS, DAS COISAS E DOS LUGARES. E ISTO SEMPRE SERÁ UMA TAREFA TECNOLÓGICA, COMPROMETIDA COM NECESSIDADES ENQUANTO VALORES DE USO, ENQUANTO UTILIDADES PARA INDIVÍDUOS OU GRUPOS.**

Toda conformação do que interessa em um modelo de atenção à saúde: quais problemas de saúde serão enfrentados, onde, como serão, por quê e para quê, antes de se tornar um problema técnico assistencial, ocorre a partir do encontro, das disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos que portam as necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas que operam sobre elas, mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo.

Mesmo considerando, como de fato o faço, que todos os 3 tipos de atores deste cenário são governantes, o último expressa o lugar o formal de governo, o lugar daquele que está ali porque é o gestor formal da maquinária implicada no processo global. Mas, há que reconhecer que todos atores sempre governam seus projetos e mobilizam os mais variados tipos de recursos para negocia-lo, ou mesmo impo-lo.

A forma final que este processo de contratualização irá ter não é única, depende das muitas maneiras como estes 3 tipos de atores expressam suas intenções, lugares e desejos, dos momentos de força que ocupam, dos modos como jogam no cenário.

Por exemplo, os usuários mesmo sendo o portador do mundo das necessidades de saúde poderá representa-las das mais variadas formas, e mesmo poderá ser condicionado nisso pela relação com os outros 2 atores, o mesmo ocorre na ação de cada um.

O segredo em situações reais é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, mesmo que ela exponha a natureza geral e particular do conjunto das relações sociais e históricas que estão contribuindo para delimitar os territórios dos 3 atores em cena.

Do mesmo modo que entre os 3 há jogos de hegemonização, internamente a cada um dos grupos isto ocorre também. Eles não se

constituem em blocos homogêneos. Há muitos tipos distintos de usuários, trabalhadores de saúde e gestores, atuando ao mesmo tempo, e jogando entre si. Compondo alianças, lutas e acordos entre si e com os outros.

**PENSAR EM MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE É PERCEBER QUE ELE ESTÁ EXPRESSANDO RELAÇÕES DE CONTRATO, DE ACORDOS NEM SEMPRE CONHECIDOS E FALADOS, ENTRE 3 TIPOS DE ATORES FUNDAMENTAIS NO CONJUNTO DAS AÇÕES DE SAÚDE: OS USUÁRIOS COM SUAS NECESSIDADES, OS TRABALHADORES COM SUAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE E OS GESTORES COM SUAS CAPACIDADES DE GOVERNAR OS RECURSOS NECESSÁRIOS. POR ISSO, DEVEMOS NOS DETER EM REFLETIR SOBRE ESTES 3 ATORES COM ESTES SEUS ATRIBUTOS PARA DISCUTIRMOS SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SEUS PAPÉIS E POSSIBILIDADES, INCLUSIVE PARA ENTENDER A QUE INTERESSES SOCIAIS ESTÃO SERVINDO.**

Poder analisar esta situação é fundamental para poder operar alternativas, que antes de serem tecnológicas, são políticas. São expressão das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena construir acordos e controles na situação em foco.

Ao entrarem no jogo estes atores partem sempre do que lhe é definidor neste processo, e negocia a partir disso.

Por exemplo, 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 produzir 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 mesmo vale para cada um. O usuário pode entrar só com a sua representação da necessidade sobre a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário por ser forma de apresentação das necessidade de saúde.

Pode ocorrer situações nas quais as lógicas de contratualização privilegia certos atores em relação a outros, mas eles não poderão perder suas identidades situacionais para estar jogando.

Os modelos médico hegemônico e o sanitário burocrático são bons exemplos disso, bem como o modelo político clientelista e populista que expressa formas dominantes de certos grupos gestores colocarem-se em cena.

Entretanto, para um modelo que quer se pautar pelo lugar central que os usuários ocupam, e pela maneira como isto força a expressão de um contrato que se pautará pela defesa da vida individual e coletiva, deve-se procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator pode colocar em cena. Sabendo-se explorar as tensões que os mesmos contém, pode-se impor linhas de produção de contratualidades que modifiquem o sentido dos modelos de atenção que hoje são hegemônicos.

Sair da lógica das ofertas de consumo de atos de saúde, para a que se pauta pelo mundo das necessidades de saúde é uma rotação de 180 graus.

Abrir um processo de negociação claro em cada espaço público no qual há o encontro entre estes 3 atores, que se pauta pela centralidade do usuário, é vital para reordenar a lógica dos modelos de atenção à saúde.

**A CENTRALIDADE DOS USUÁRIOS, INDIVIDUAIS E COLETIVOS, VEM DE SEU TERRITÓRIO DE IDENTIDADE. SÃO OS PORTADORES E OS QUE EXPRESSAM O MUNDO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE. PARA FALAR DOS USUÁRIOS E NECESSIDADES USAREI DO TRABALHO DE LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO E NORMA FUMIE MATSUMOTO<sup>1</sup> 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. ENTRETANTO, FIZ UMA PEQUENA MODIFICAÇÃO NA TAXONOMIA, ACRESCENTANDO O TEMA DA NECESSIDADE EM SER SINGULAR, ALÉM DE PROCURAR DAR ALGUNS EXEMPLOS POSSÍVEIS PARA CADA UM DOS EIXOS.**

<b>Necessidades de saúde de indivíduos e/ou grupos</b>	<b>Algumas idéias sobre os seus significados</b>
--	--

<sup>1</sup> Sob orientação de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Norma F. Matsumoto apresentou uma dissertação de mestrado no Curso de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da USP – SP, na qual faz o exercício analítico da taxonomia.

<b>Necessidade de boas condições de vida</b>	<b>boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão</b>
<b>Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença</b>	<b>ser sujeito de direitos e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído</b>
<b>Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida</b>	<b>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</b>
<b>Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)</b>	<b>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</b>
<b>Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)</b>	<b>ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção, que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida.</b>

**PARA PENSAR SOBRE OS TRABALHADORES DE SAÚDE, SEUS SABERES E FAZERES TECNOLÓGICOS E TIPOS DE COMPROMISSOS ASSUMO A NOÇÃO QUE DESENVOLVI NO TEXTO “ATO DE CUIDAR: A ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”<sup>2</sup> NO QUAL FICA CLARO QUE A FINALIDADE ÚLTIMA DE QUALQUER TRABALHO EM SAÚDE, EM**

<sup>2</sup> Este texto foi produzido para uma coletânea da 3ª fase do Projeto CINAEM sobre a Gestão de Escolas Médicas. Encontra-se no site da CINAEM como material bibliográfico disponível.

**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**

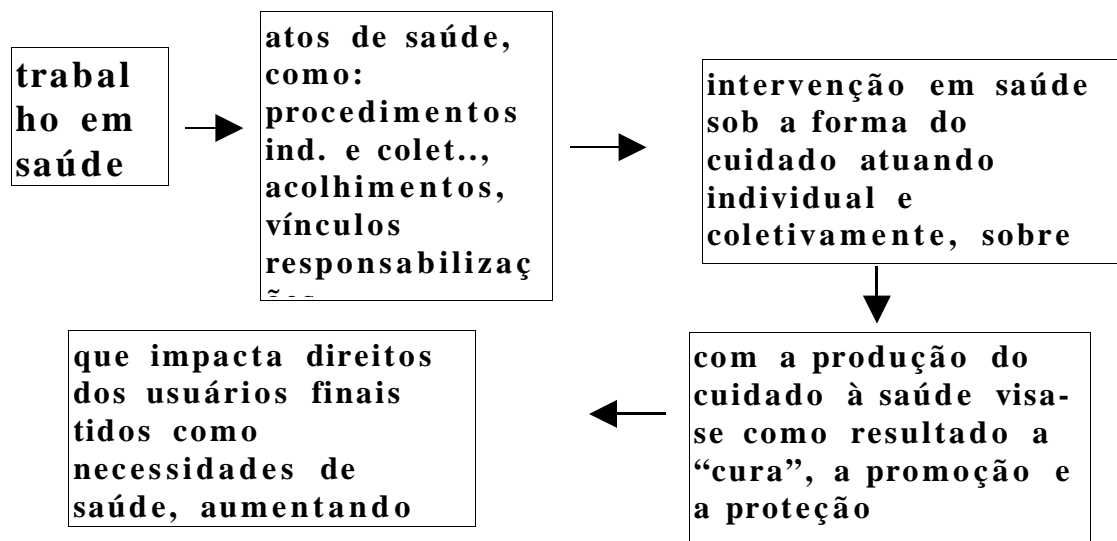
Em vários materiais tenho expressado que a finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar, e procuro mostrar como isso é marcador do território que delimita o conjunto dos processos de trabalho em saúde e dos distintos modos tecnológicos de operar os atos produtivos deste campo de práticas.

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<sup>3</sup>, 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 matricia-lo com o seu profissional específico pode criar uma situação bem favorável de encontro entre a lógica do agir tecnológico e a do mundo das necessidades 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.

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



<sup>3</sup> A discussão mais profunda destas questões estão na tese de livre-docência Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo, apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em outubro de 2000.

**CREIO ESTAR FALTANDO UMA DISCUSSÃO MAIS CONSISTENTE SOBRE INTERVENÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE E COMPETÊNCIA EM CONSTRUIR PROJETOS TERAPÊUTICOS CENTRADOS EM PROCEDIMENTOS OU NO USUÁRIO**

**PARA FALAR DOS GESTORES UTILIZO DO ESTUDO REALIZADO JUNTO COM PESQUISADORES DO NESC/RECIFE, QUE ANALISA A MUNICIPALIZAÇÃO NO SUS E OS POTENCIAIS DE MUDANÇA. CONSIDERO QUE CADA EIXO TEMÁTICO É EXPRESSÃO DOS TIPOS DE RECURSOS FUNDAMENTAIS QUE OS GESTORES DE SAÚDE LANÇAM MÃO PARA NEGOCIAREM A CONSTRUÇÃO DOS MODELOS**

No jogo entre os usuários, trabalhadores e gestores, estes representam o governo formalmente instituído. E, como já disse, isto não significa que só eles fazem a gestão dos recursos que irão estar em jogo para a definição dos modelos de atenção. Mas, do ponto de vista da materialidade do governo o gestor conta com certos recursos como forma de jogar no cenário, negociando a forma de utilizá-los.

Como, por exemplo, os recursos financeiros que compõem a base monetária para serem gastos na construção de certas políticas sociais, ou mesmo a maquinaria dos serviços de saúde, estatais ou não conforme o tipo de bloco social que dá a cara do sentido do governar do gestor. E, neste quesito específico, adquire importância se o gestor opera atrás ou não de maior equidade ou cidadanização do seu modo de agir governamental.

Há situações em que o principal mote do gestor é produzir projetos que se sustentem, ou montar na sua estrutura institucional arenas decisórias mais ou menos permeáveis a penetração dos variados interesses do campo da saúde.

Enfim, todas estas distintas dimensões marcam este ator e seu modo de intervir na busca da contratualidade de um certo modelo de atenção, sendo marcante para isso o arco de forças sociais que dá a cara dos compromissos históricos que o gestor representa.

Mas, não pode-se descartar a zona de autonomização relativa que os diferentes formatos de 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 um modelo usuário centrado.

Nos itens abaixo, de uma forma didática colocamos alguns eixos que fazem referência a intervenção do gestor, abrindo perguntas que possam estimular a reflexão sobre tudo que coloquei até agora. E, como disse, a inspiração foi o estudo citado acima realizado em Pernambuco.

**1 -Financiamento:** O SUS altera o financiamento e o gasto do sistema? Há aumento do investimento através de recursos municipais? Há maior comprometimento da riqueza social em benefício da vida? Altera-se a relação entre o gasto hospitalar e ambulatorial ?

**2 -Acesso:** Há aumento da capacidade instalada? Aumentou o número e a qualificação dos trabalhadores? E a cobertura? Universalizou a atenção? Incorpora novas necessidades ou seleciona aquelas de maior impacto?

**3 -Publicização:** Como se dá a construção da participação popular? Há comprometimento com os Fóruns de decisão coletiva? Há espaços de construção coletiva com os trabalhadores? Há publicização da gestão? Produz novos coletivos de trabalho e novas formas de governar a organização?

**4- Novas tecnologias de trabalho:** Quais as novas ferramentas tecnológicas são introduzidas no processo de trabalho? Essas ferramentas são incorporadas no cotidiano das equipes? Têm abrangência sobre os diferentes tipos de necessidades que o modelo tem que responder? Há novas formas de se produzir a política?

**5- Equidade:** O projeto traz que resultados positivos? Impacta os diferentes tipos de necessidades? Aumenta a eficácia e a efetividade das intervenções? Inclui cada vez mais indivíduos ou grupos sociais?

**6-Sustentabilidade do Projeto:** Quem o sustenta o projeto? Qual o grau de institucionalização? Ela é suficiente para garantir a sua continuidade? Produz novos atores políticos consolidados que o protagonizam? Qual o grau de sustentabilidade nos microprocessos de trabalho? Só a direção do executivo garante os

**projetos? Será possível a criação de estruturas técnicas permanentes?**

**EM SINTESE, OS TIPOS DE CONTRATUALIDADE QUE OS MODELOS PODEM TER E QUE INTERESSAM AO CONJUNTO DOS ATORES ENVOLVIDOS COM UMA POLÍTICA DE SAÚDE, COMPROMETIDA COM A DEFESA DA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVA, OU SEJA, COM O MUNDO DAS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS INDIVIDUAIS E COLETIVOS, SÃO AQUELES QUE PERMITEM UM ENCONTRO ENTRE ESTE MUNDO E OS INTERESSES DOS ATORES QUE OPERAM O DA ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS E O DOS TRABALHOS EM SAÚDE, RESPEITANDO A SUA CENTRALIDADE NA DEFINIÇÃO DOS SENTIDOS DOS ATOS DE SAÚDE.**



**COMO UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO É SEMPRE UMA TECNOLOGIA ESPECÍFICA DE AÇÃO EM SAÚDE, QUE PODE IMPACTAR CERTAS NECESSIDADES, MAS NÃO TODAS, UM MODELO NÃO PODE SER REDUZIDO A ELE, POR MELHOR QUE ELE SEJA, COMO MUITOS CONFUNDEM.**