

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 - Prof. do DMPS/FCM/UNICAMP

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 inspiração¹.

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

¹ 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.

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.

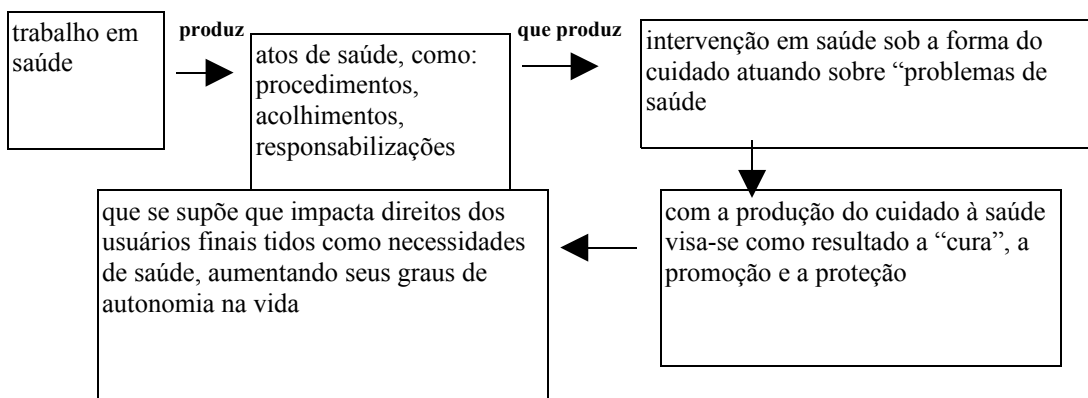
Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, 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 intersubjetivamente 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 idéia vale para qualquer profissional de saúde no que diz referência ao seu núcleo central de saber estruturado².

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 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

² veja mais adiante esta discussão ao tratarmos das práticas cuidadoras dos profissionais de saúde.

nitidamente marcado pela busca da resolução do problema e da conquista de autonomias.

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, predomínio 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 resolutiva.

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 resolutivo.

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 idéia 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 desprivatização 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 - TECNOLOGIAS

	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 análise de casos	operar tecnologias de análise de casos
duras	área física, força de	técnicas de vacin.	rede de apoio diagn., força	porta aberta, força de	Força de trabalho

	trabalho	Insumos, área de trabalho	de trabalho	trabalho	
--	----------	------------------------------------	-------------	----------	--

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

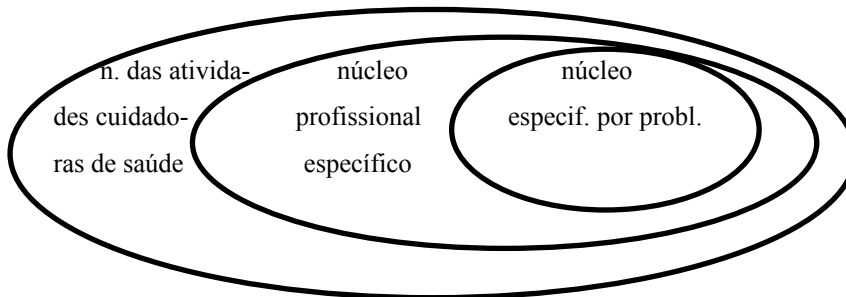
Consideramos como vital neste caminhar apontado até agora, compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador 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 esta de realizando.

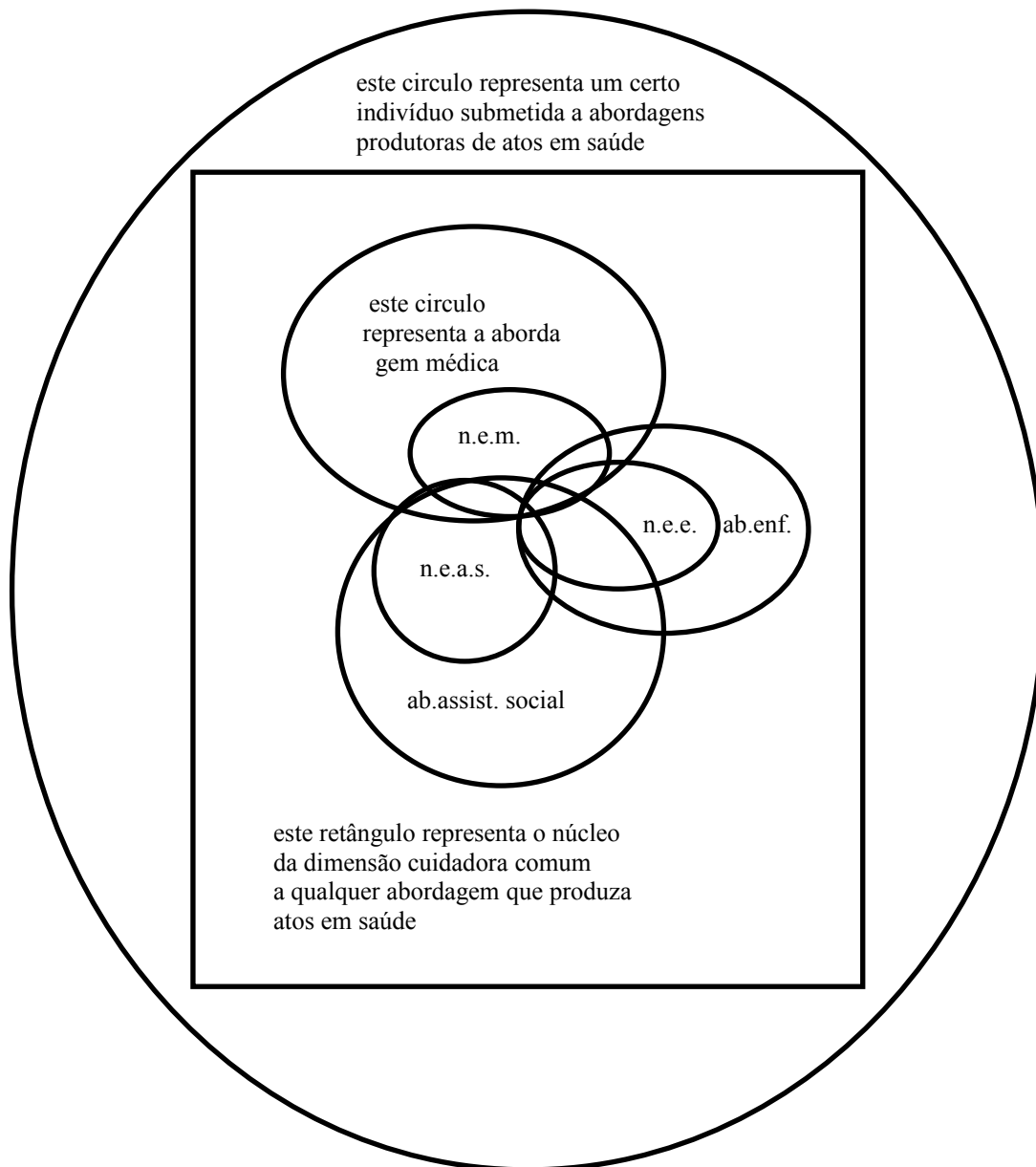
Repensando o trabalho em estabelecimentos de saúde: um exercício³

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 paute 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

³ 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.

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 cotidianidade dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.



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-protégido, 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.

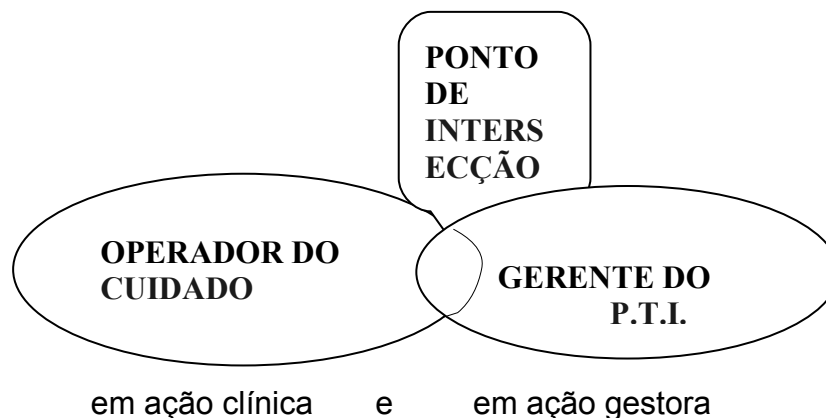
Entretanto, diante de uma missão já a priori distinta, este processo se impõe como que mais naturalmente. É o que ocorre se o que se espera da pensão é a segunda alternativa, ou seja: viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento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

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 conseqüentemente 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 ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

	o foco do governar ou do gerir (unidade de produção da gestão)	o foco do fazer ou do agir	produtos do agir da gestão, 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 PRODUIR 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.

Boa sorte.