

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

Emerson Elias Merhy - 2002

### **SAÚDE É MUITO COMPLEXO PARA SER RESOLVIDO POR PROJETOS MUITO SIMPLES**

### **A CONSTRUÇÃO DOS SENTIDOS DAS AÇÕES DE SAÚDE É UMA GRANDE PACTUAÇÃO SOCIAL**

Procuro no texto abaixo trabalhar com uma situação tipo ideal, que possa operar e acrescentar conceitos e componentes reflexivos – aos que pensam as teorias sobre a produção da saúde – para compreender de modo mais abrangente, ou mesmo criar certas interrogações, sobre o jogo social implicado com este processo de produção, o da saúde, enquanto um fenômeno social e histórico-situacional, que permitam ganhos na capacidade de análise para aumentar a potência de intervir neste campo.

Trabalhar com um esquema mental, como um tipo ideal, remete a ter que analisar situações mais pobres em determinações efetivas, mas ampliadas do ponto de vista da capacidade de produzir conceituações. Nesta direção, caminho adiante, ao procurar uma ampliação da caixa de ferramentas conceitual, com distintos modos de olhar o campo da saúde.

### **TIRANDO PROVEITO DE UMA SITUAÇÃO IDEALIZADA**

Parto da idéia de que qualquer modelo de atenção à saúde faz referência, não a programas específicos, mas ao modo de como se constrói 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, na

promessa de construir a saúde. O que será sempre e ao mesmo tempo uma tarefa tecnológica, isto é, um certo modo técnico de produzir o cuidar enquanto ato de saúde, comprometida com um jogo social implicado com certas formas de se produzir as necessidades de saúde, enquanto valores de uso, utilidades para indivíduos e 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, parte de um encontro, de disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos portadores e produtores das necessidades de saúde, com o dos que dominam certos saberes e práticas, certos modos de saber fazer atos de saúde que operam sobre elas (as necessidades), mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo, enquanto uma dinâmica do privado e do público.

Complicadamente, o mesmo grupo ou indivíduo pode estar travestido das 3 situações, sendo sujeitos distintos em cada uma delas. Ou mais, não é porque um indivíduo ou grupo é marcadamente definido pelo seu lugar de portador de saberes tecnológicos, que os outros também não tenham certas tecnologias para agir no campo da saúde. Ou ainda, não é porque um grupo ou indivíduo não seja formalmente governo que ele também não tenha governabilidade sobre certos processos, marcando com sua capacidade de governo o modo como se faz a gestão das práticas institucionais e técnicas.

Apesar disso, mesmo considerando, como de fato o faço, que todos os 3 tipos de atores deste cenário são governantes, o último - o que ocupa o lugar institucional de governo - expressa o lugar formal de governo, o lugar daquele que está ali porque é o gestor formal da maquinária implicada no processo global. Aquele que de uma certa forma, expressa um certo bloco político, que disputa e ocupa espaço no interior do estado, com todos os constrangimentos e liberdades que isto

implica.

Mas, há que reconhecer, sempre, que todos atores governam seus projetos e mobilizam os mais variados tipos de recursos - aqui entendidos de uma maneira ampliada, como todo tipo de bem material ou não, que pode ser mobilizado pelo ator para construir seu projeto - para negociá-lo, ou mesmo impô-lo.

É interessante ficar atento para o fato de que o modo como o processo de contratualização irá ocorrer não é única, depende das situações e 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, das suas acumulações ou não.

Por exemplo, os usuários mesmo sendo os portadores do mundo das necessidades de saúde, poderão representá-las das mais variadas formas, pois os mesmos não são uma categoria de ator uniforme, bem como todos os outros. Há vários tipos de usuários, constituídos como sujeitos, como protagonistas marcadores do universo das necessidades. Além do fato de que a maneira de um jogar poderá condicionar o modo como o outro constitui suas representações sobre a vida.

O segredo em situações reais é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, na maneira como os atores procuram construir o mundo para si e como jogam com os outros, 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.

A título de exercício vou montar uma situação que procura trabalhar com atores que possam ser definidos pelo que é mais característico. O usuário por ser lugar das necessidades, o trabalhador pelo seu saber fazer e o governo por gerir o espaço público estatal.

Vou partir da noção de que pensar em modelos de atenção à saúde é antes de tudo perceber que ele expressa relações de contrato, de acordos nem sempre conhecidos e falados, entre estes 3 tipos de atores centrais no conjunto das ações de saúde, por isso, é fundamental, para se analisar esta situação, compreender que se está antes de tudo diante de processos políticos, que se apresentam sempre sob a capa de serem tecnológicos. Isto é, são questões políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, expressões das muitas possibilidades que os projetos em jogo podem adquirir e das capacidades dos atores em cena produzirem acordos e controles, nas situações em foco.

Ao entrarem no jogo estes atores partem sempre do que lhe é definidor neste processo, e negociam seus poderes a partir disso. Poderes, aqui, como potência de colocarem e controlarem certos recursos essenciais que os projetos exigem, em jogo.

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 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 mesmo vale para os outros. 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. Mas, poderá também constituir-se em grupos de pressão ou de protagonização de situações

que delimitam o campo. Pode inclusive ser uma entidade abstratamente reconhecida na medida que consagra a saúde, dentro de certas representações que esta pode ter, como um direito social a ser satisfeito pelo poder público.

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

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

Entretanto, para um modelo que quer se pautar pelo lugar central que os usuários podem ocupar, e pela maneira como isto força a expressão de um contrato que se ordenará pela defesa da vida individual e coletiva, deve-se procurar entender, abstratamente, os potenciais que cada ator coloca 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. Ou mesmo, o contrário, pois deste ponto de vista o cenário é aberto e incerto. Como diz Guattari, não é um dado, mas um dando, um ocorrendo, um sendo feito.

Por exemplo, procurar 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, e exige dos atores interessados neste processo capacidade analítica da situação e construção de um modo de protagonizar ações, que possam ir produzindo novos sentidos para a produção dos atos de cuidar. E isto exige que este ator tenha a seu serviço uma caixa de ferramentas conceitual e operacional, multireferenciada, para dar conta deste complexo processo de contratualização social, político e técnico, além de procurar abrir os

encontros destes 3 atores basais<sup>1</sup> para momentos de explicitação de projetos ocultos e torná-los disputáveis.

Por isso, 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 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**

Pensando mais detalhadamente sobre cada um destes 3 atores, ainda dentro do esquema mental que estou operando, pode-se dizer de um modo ideal que o ator usuário, em sua completude, expressa um mundo de necessidades muito abrangente, implicando em situações muito distintas.

No quadro abaixo pretendo dar uma amostra deste universo, para poder refletir de que modo entram, em potência, no terreno de definição dos sentidos dos atos de cuidar.

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.

Utilizo-me da contribuição de vários autores da Saúde Coletiva para falar dos usuários e do mundo de suas necessidades, muito bem retratados no trabalho de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Norma Fumie Matsumoto<sup>2</sup>, que propuseram uma taxonomia das necessidades de

---

<sup>1</sup> Considero que há outros atores chaves, como por exemplo os empresários do setor saúde, ou mesmo os do complexo médico-industrial, entretanto trabalho aqui no texto com a noção de que os mesmos aparecem na cena do agir em saúde mediado pela presença em ato destes 3 que trato neste momento.

<sup>2</sup> Sob orientação de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Norma F. Matsumoto apresentou uma dissertação de mestrado, em 2000, no Curso de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da USP – SP, na qual faz o

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>  |
|--|---|
| <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 direito 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>  |

Óbvio que 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.

Lógico que a provocação analítica, 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.

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.

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.

E, aqui 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 de necessidades.



## **OS TRABALHADORES**

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>3</sup> no qual fica claro que 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.

Em vários materiais tenho expressado que a finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar, procurando mostrar como isso é marcador dos territórios que delimitam o conjunto dos processos de trabalho em saúde e sua micropolítica, 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>4</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 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.

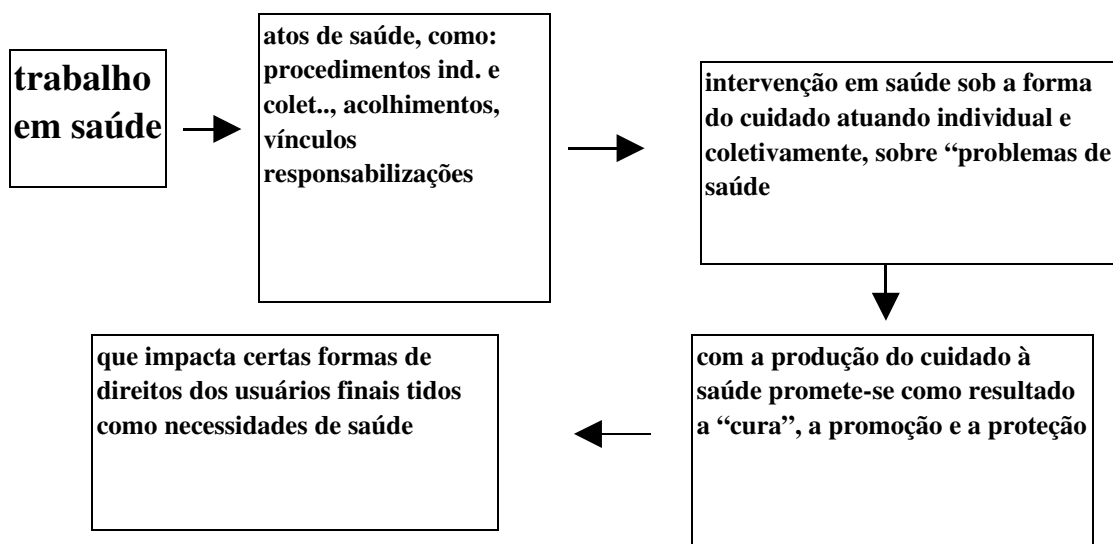
---

<sup>3</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.

<sup>4</sup> Entendo tecnologia dura como os equipamentos e máquinas, leve-dura como os saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos e leve os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde. Imagino que um modelo cujo sentido é dado pelo mundo das necessidades dos usuários é centrado nas tecnologias leves e leve-duras, ao contrário do predominante hoje, cujo sentido é dado pelos interesses corporativos e financeiros, centrado nas tecnologias duras e leve-duras. Este tema é mais debatido em outros textos que já produzi sobre a micropolítica do trabalho vivo em saúde.

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.



Para fechar este processo de reflexão sobre a complexidade do tema da saúde, passo a falar um pouco sobre os gestores governo.

### **OS GESTORES GOVERNO**

Neste momento o recorte se dobra, não para todos que governam, pois este conceito para mim é amplo. 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.

Procurando explorar em mais detalhe os recursos que os gestores governo detém.

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 maquinária 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.

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.

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.

Entretanto, deve ficar claro que estas capacidades estão o tempo todo sendo mediados, pela conformação das linhas de força política que os governos representam e pelas capacidades dos vários atores sociais barganharem seus interesses, no terreno deste bloco histórico.

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**

Todos, trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, sabem que para mapear as possíveis finalidades buscadas pelos atos de saúde, enquanto uma certa maneira de se produzir o cuidado, deve-se interrogar de que modo os distintos formatos do cuidar se constituem: como atos de ações individuais e coletivas, como abordagem clínica da problemática da saúde, enquanto práticas sanitárias, como conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores, enfim: como mecanismos tecnológicos produtores de atos de saúde que no seu conjunto formam os modelos de atenção à saúde.

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.

A vida real dos serviços de saúde tem mostrado que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção. As duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde mostram isso cotidianamente, em nosso país.

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.

Poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de ser atos cuidadores, mas nem sempre curadores e promotores da saúde, é uma problemática da gestão dos processos produtivos em 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.

A existência efetiva do trabalho vivo em ato como parte permanente do processo de trabalho em saúde, sob qualquer que seja sua forma, “atrai”, com uma certa particularidade, muitos projetos de cunho “autonomistas” de distintas inspirações.<sup>5</sup>

A percepção do conjunto das dinâmicas gerenciais no interior de um serviço de saúde revela que o exercício por todos trabalhadores, em sua dimensão assistencial, em espaços próprios de gestão do seu trabalho, articula-se com a presença de espaços coletivos e públicos, nos quais os distintos trabalhos se encontram, enquanto certas linhas de

---

<sup>5</sup> Este texto até o final é parte de um trabalho que escrevi sobre a caixa de ferramenta dos gestores de saúde diante das atuais mudanças tecnológicas do setor saúde, publicado na Revista Ciências e Saúde Coletiva em 1999.

satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria organização.

Essas dimensões revelam como é crítico qualquer processo organizacional em saúde que procure operar sobre a dinâmica público e privado, se não perceber que esta é orgânica ao trabalho em saúde sob qualquer de suas formas, e não se reduz somente à temática da lógica do mercado, ou ao mau uso do processo de trabalho.

Dentro disso, 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.**

Parece que essas problemáticas fazem-se presentes e são mal resolvidas no conjunto das estratégias adotadas pelas reformas dos serviços de saúde realizadas pelo capital financeiro (que constituem suas propostas de Atenção Gerenciada), mas que mesmo assim podem servir de parâmetros para quem tem em perspectiva a necessidade de governar as relações entre os trabalhadores e os usuários.

Na perspectiva de criar mecanismos organizacionais que controlem os processos microdecisórios, as reformas impressas pelo capital financeiro na saúde, aponta exatamente para mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental, entre meios e fins, a partir de uma ótica exclusiva do controle de custos, mas que procura atingir o modo como os trabalhadores de saúde, em particular o médico, são os definidores dos tipos de incorporação tecnológica que os atos de saúde terão.

Neste movimento, em que um médico, por exemplo, para indicar uma tomografia teria que ligar para um telefone e receber um “ok” de



um administrador, o processo privado ocupado pela racionalidade da medicina tecnológica, centrada em procedimentos, sob comando de alguns grupos médicos, seria transferido para o de alguns burocratas, dentro da ótica instrumental do modelo de atenção, estranha aos processos cuidadores, só que agora governada não mais pelo alto custo, mas pelo baixo. Troca-se os interesses comerciais dos profissionais pelo do capital.

À semelhança, o nó crítico desse processo, para um modelo SUS usuário-centrado torna-se: 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.

E que razão pode ser esta, para estar ali como intenção a publicizar as microdecisões?

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).

Busca que é colocada para o conjunto dos aparatos institucionais e para o conjunto dos trabalhadores, mas que de fato realiza-se no ato dos processos intercessores, que se constituem entre usuários e trabalhadores de saúde em processos imediatos de atenção, tanto para a produção de ações individuais, quanto coletivas.

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, as soluções apregoadas pelo capital financeiro através da atenção gerenciada, de trocar o processo microdecisório dos médicos pelo dos administradores, apontam para as mesmas interrogantes do ponto de vista do sentido do trabalho em saúde: **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?**

Ao se olhar para a dinâmica de um único serviço, isoladamente, pode-se dizer que o mesmo deve - desde que inserido em um sistema regulado pela lógica da eficácia da assistência e centrado em um controle público pautado pelos interesses do usuário-cidadão - ordenar sua gestão em torno da busca de uma otimização entre recursos disponíveis e benefícios, cuja possibilidade operacional encontra-se em um rico universo de técnicas de gestão organizacional.

A atenção gerenciada, com suas propostas de controle de custos das ações de saúde, não permite a busca de uma efetiva reforma das práticas de saúde, mudando seus referenciais paradigmáticos em termos tecnológicos, que possibilitariam uma nova lógica na relação custo-qualidade (para além da simples conotação da eficácia como “ser eficiente”), que viabilizassem novas modalidades de trabalho em saúde, que pudessem dar conta inclusive da des-hospitalização da produção da saúde, alterando o padrão de incorporação de tecnologia na produção da assistência, sem necessariamente tomar como contraponto a cesta básica da atenção primaríssima em saúde versus a atenção de alto custo, e amarradas à defesa implacável da vida individual e coletiva.

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**

Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva desse campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena.

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.

Desse modo, no rastro da atenção gerenciada, mas 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.