

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde

Emerson Elias Merhy – livre-docente em saúde coletiva, professor universitário (UNICAMP / UFRJ), médico sanitарista (emerson.merhy@gmail.com)

Túlio Batista Franco – doutor em saúde coletiva, professor universitário (UFF), psicólogo sanitарista (tuliofranco@uol.com.br)

Introdução

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos, através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos, que se encontram, fazem em conjunto, a produção da saúde.

A reforma do estado, que vem sendo conduzida em vários países, nos últimos 25 anos, é fortemente marcada pelo debate e pela disputa de uma nova configuração do público e do privado (Almeida, 2002). Na América Latina, a história das políticas de saúde, revela que isso tem uma particularidade interessante na organização dos serviços de saúde e nos seus ordenamentos enquanto modelos tecnoassistenciais, mesmo que de maneira bem diferenciadas de um país a outro.

No Brasil, há um crescimento substantivo da área estatal, devido aos movimentos sociais democratizantes, que impactam as agendas governamentais e a extensão de cobertura das ações de saúde, nos marcos de uma nova perspectiva constitucional: a do direito à saúde e à construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, isso se faz acompanhar de um marco constitucional, que também reconhece o setor privado operador e prestador de serviços de saúde, como elemento constitutivo desse campo de política, alçando o país a um dos maiores mercados, no mundo, neste setor de comercialização, com envolvimento de mais de 40 milhões de brasileiros como consumidores e usuários dos serviços privados, que fazem uso do SUS, quando o fazem, de modo complementar. Nesse sentido, o arranjo público e privado, no Brasil, não é tão simples e não obedece a uma regra geral para um processo genérico de reforma do estado; pois a

própria combinação do SUS com um setor prestador privado de serviços é relevante e muito diferenciado do resto dos outros países. (Acirole, 2006).

Por outro lado, lugares como a Argentina, entre vários, que contava com uma ampla rede estatal de serviços de saúde, passa por transformações privatizantes bem mais marcantes, com uma intensa desmontagem das redes de serviços estatais, em um crescente processo de privatização dos seus estabelecimentos sociais (Iriart, 1999). A área pública estatal tende a um lugar secundário na conformação do sistema de saúde e, diferentemente do Brasil, a reforma do estado não é marcada pela ampliação de direitos sociais, mas pelo seu revés. A expansão do mercado de saúde vem par e passo com um processo de minimização da presença do estado no campo das políticas sociais. O país se abre a entrada maciça de financiamento privado no setor saúde.

Esse processo é convivente com um movimento importante do capital financeiro nos Estados Unidos, que segundo Iriart (1999) abre novos horizontes de investimentos, apontando para a área da saúde de um modo muito direto, através de um processo de “financeirização” do setor, abrindo um campo de disputa de mercado com o capital industrial do complexo médico-hospitalar, que já dominava esse mercado a muitas décadas. O processo de privatização desse campo de políticas sociais, o da saúde, é casado com a expansão do movimento do capital financeiro, transnacional, para países latino-americanos; porém vivendo de modo diferenciado as situações, porque, quando o Brasil é focado, encontra aqui um movimento invertido ao que vai se defrontar na Argentina, Colômbia, o Chile, entre outros. Entrar no mercado brasileiro exige muito mais confronto tanto com o setor estatal, quanto com os capitais financeiros do próprio país (Iriart, 2004).

Esse tipo de processo abre novas frentes para a constituição do mercado na saúde, pois distintos tipos de capital, com capacidades significativas para marcá-lo, passam a disputar a sua constituição e expansão. Isso institui novos horizontes nesse campo de estudo, no qual operam inúmeras variáveis, montando um jogo de forças sociais em escala macro e micro, sociais e organizacionais, muito relevantes; dentre as quais destacamos com ênfase nesse texto a expressão desses movimentos nas disputas pelos reordenamentos dos perfis tecnológicos e assistenciais, do campo de produção dos atos de saúde. Ao olhar para dentro dos processo de trabalho e verificar o desenho que vem sendo realizado, através da constituição de uma transição tecnológica do campo produtivo da saúde, impactando as lógicas dos vários capitais aí implicados, vemos de modo significativo esse frente como um dos principais lugares da disputa que se instala.

Como veremos, isso nos obriga a uma discussão e análise do próprio campo da saúde enquanto um modo de produção singular, para o qual lançamos mão de uma perspectiva conceitual, que tem na concepção de micropolítica do trabalho em saúde e suas configurações tecnológicas, o seu piso teórico. Entendendo, em última instância, que sem esse tipo de abordagem não é possível tratar do estudo e da compreensão desse processo de “financeirização” da saúde.

O Modo de Produção da Saúde

A maneira de se produzir a saúde, e conseqüentemente o modo de organização dos processos produtivos deste campo de práticas sociais, tem sido um dos temas mais instigantes na agenda dos vários atores sociais implicados com esse campo, o da saúde, no Brasil, e em particular quando visto sob o ângulo da questão do público e do privado. Essa contemporaneidade faz jus ao que vem se configurando como processo histórico: o fato de que o campo da saúde, nas sociedades atuais, tem tido a primazia de ser o principal referente social e cultural em relação às várias representações, individuais e coletivas, sobre o mundo da vida; construindo imaginariamente, que a saúde e a vida não são, de maneira simples e direta, constituídas no âmbito da natureza, mas referem-se sobretudo aos processos sociais e históricos produzidos pelos distintos agrupamentos sociais e conformados pela intensa atividade dos trabalhadores, usuários, agentes governamentais, empresários e operadores de serviços de saúde, e os vários setores produtivos do complexo médico-industrial (Mendes Gonçalves, 1986), vinculados a formação dos insumos e equipamentos da saúde.

O modo de produzir saúde traz em si a idéia de um campo social, onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e pode ser tanto “generoso” quanto “perverso” às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado, se olhado pelo ângulo das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho, no seu fazer a produção da saúde. É no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, cruzam-se saberes, fazeres, e construção de linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Unidade ou de uma Equipe de Saúde.

Nesse cenário, o tema da economia da saúde tem ocupado grande parte das agendas dos que têm a função de gerir os serviços e, mesmo, de muitos outros atores envolvidos com a questão. Entre os gestores do sistema de saúde, é comum aparecer em diversos níveis, quase como o “senso comum” da área, a idéia geral que associa oferta de serviços com altos custos operativos das redes de saúde, no entanto o debate muitas vezes aparece dissociado da questão do modelo tecnoassistencial e das diversas formas de produção do mesmo, o que torna as opções de análise do problema sempre parciais e simplificadas. Isso porque, embora recursos de insumos e financeiros sejam importantes para estruturar uma virtual “planta produtiva” da saúde, isso por si só não define a qualidade do serviço e menos ainda o seu perfil assistencial, que se pretende ofertar aos usuários.

A produção do cuidado dá-se por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades, que os fazem operar no campo social (Matus, 1996), definindo suas relações, produzindo os cenários para a construção do cuidado. Esses cenários vão estar vinculados a diferentes objetivos, interesses e redes de relações sociais, que como constitutivas do modo como se produz o cuidado, operam em distintos níveis, porém fortemente a partir da micropolítica

desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e pelas tecnologias de trabalho.

Esse texto busca analisar o desenvolvimento do atual modelo produtivo da saúde, no âmbito do mercado da saúde, recuperando a memória histórica de sua formação e desenvolvimento, em especial aquilo que fez com que se consolidasse determinado perfil technoassistencial para a área, olhando para o fenômeno atual da presença cada vez mais crescente do capital financeiro. Por considerarmos que essa temática não está dissociada da que envolve a questão dos modos de produção do cuidado, definimos como primeiro marcador para a discussão a se realizar, aquelas que dizem respeito ao “modelo médico hegemônico”, que se constituiu e consolidou no decorrer do século XX, e se mantém disputando essa hegemonia com alternativas que foram se desenvolvendo no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, especialmente na segunda metade do século passado. Esta análise é atravessada pela discussão da formação do campo de produção da saúde e o protagonismo dos sujeitos, o que significa que ela não está determinada a priori por nenhuma estrutura de formação social, mas é algo em permanente processo, de natureza dinâmica, e de mútua constitutividade.

Um segundo marcador para essa análise diz respeito ao conceito de Transição Tecnológica da Saúde, entendido como um processo de radical mudança no modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, isto é, no núcleo tecnológico do processo de trabalho em saúde. Essa mudança ocorre a partir de novos sujeitos interpostos na cena de produção do cuidado, operando modos de trabalhar mais relacionais, menos dependentes de insumos-maquinários, e, sobretudo, capazes de dispararem processos de subjetivações, que afetam os outros, e ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo. Esse texto propõe posicionar a discussão da produção do cuidado para um lugar onde seu núcleo está no campo das tecnologias cuidadoras, “leves” (Merhy, 2002), como chamamos mais adiante, o que abre a possibilidade de mudança do modelo produtivo a partir dessa questão. Esse é um debate central, para nós, que conduz ao tema da transição tecnológica e que permite compreender esse movimento se expressando na “financeirização” da saúde.

O modelo médico-hegemônico como modelo tecnológico de intervenção na saúde.

O médico americano Abrahan Flexner coordenou um processo de avaliação das escolas médicas dos E.U.A., que resultou na elaboração do relatório “Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching” (Flexner, 1910). Este foi mais do que uma avaliação do ensino, pois, de fato, reorientou a educação médica nos Estados Unidos e colocou-a sob a centralidade da pesquisa biológica e seus paradigmas científicos, dando curso a uma clínica centrada no corpo anátomo-fisiológico, associando a promessa do cuidado e da cura, do campo da saúde, a ações consideradas científicas por serem orientadas por aqueles paradigmas de ciência e para um corpo cientificamente pensado e manipulado. Formou a partir daí uma forte referência para o mundo, sobre o que deveria ser o processo de trabalho em saúde, isto é, passou a articular a idéia central de uma competente intervenção científica sobre o corpo, lugar e depósito dos processos mórbidos. A idéia da

excelência na clínica criou o mito do profissional auto-suficiente e cientista. Os fatores sócio-ambientais e o mundo da subjetividade, que interferem no processo saúde-doença, foram abstraídos, eliminados, das análises diagnósticas e terapêuticas; e, assim, o trabalho médico ganhou uma grande simplificação, reduzindo o campo de estudo ao corpo abduzido do meio social, ambiente, relações, vivências e experimentações tidas em sua história de vida e na sua inserção no mundo da vida e das coisas. O discurso da excelência da clínica criou uma áurea de proteção ao modelo que se gestava, não deixando revelar seu reducionismo e empobrecimento em relação à compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde. Assim, o campo de visão de intervenção sobre os problemas de saúde ficaram sub-dimensionados, reduzindo inclusive a capacidade resolutiva dos sistemas recém-criados. O mundo da saúde perdeu o que lhe é mais significativo: a sua humanidade.

A educação médica reformada, segundo diretrizes do relatório Flexner, interferiu imediatamente na formatação do trabalho médico, constituidor do principal meio produtivo do campo da saúde nas sociedades ocidentais, que passou a se basear no olhar sumário sobre o corpo doente e a prescrição para soluções que se encontravam sempre no seu curto perímetro. Esse processo de reforma do ensino e reorganização do processo de trabalho na clínica do médico, desenvolve-se ao longo da primeira metade do século XX como uma novidade importante.

Os fundamentos desse modelo podem ser sintetizados, da seguinte forma:

1. Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à especialização médica; já descritos aqui como proveniente das influências do relatório Flexner.
2. Os anos pós-guerra e nas décadas seguintes, até os tempos atuais, assistiu um desenvolvimento significativo da indústria de equipamentos, que tem conseguido grandes avanços tecnológicos, em particular no campo dos insumos medicamentosos e equipamentos para diagnósticos e terapias, exercendo certo fascínio nos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, que chega a obscurecer a visão de seus limites.
3. Devidamente apoiados em estratégias de marketing, que envolvem a grande mídia, até as micro-estruturas de intervenção nos locais de trabalho, as corporações industriais vêm conseguindo não apenas colocar seus equipamentos no mercado, mas formam opinião entre os prescritores, influenciando seu processo decisório, induzindo ao alto consumo dos seus produtos, em si, descolados dos resultados de impacto na saúde do usuário; como, por exemplo, o uso excessivo de recursos diversos de diagnose e terapia, sem eficácia nenhuma. Isso tudo impacta fortemente o processo de produção da saúde, pois as tecnologias mais relacionais vão entrar em desuso em favor das tecnologias máquinas e instrumentais. Esse processo tem como uma de suas facetas o consumo exagerado de procedimentos médicos, sem nenhuma indicação clínica para tal. E, três efeitos imediatos são sentidos a partir desta questão:
 - o primeiro, quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde, que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, isto é, em máquinas e conhecimentos especializados, segundo Merhy (1997);

- o segundo, é que a partir daí verifica-se uma baixa eficácia na resolutividade dos serviços de saúde, pois, a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo, e muitas vezes reduzidos a um sinal ou sintoma, levam a construção de projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre um déficit de questões a serem resolvidas, relacionadas aos problemas de saúde dos usuários no sentido amplo do termo;
- o terceiro, os custos da saúde são majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor agregado e são usados de forma exacerbada, quanto à real necessidade do usuário.

Na mesma diretriz do item anterior, vale assinalar que o desenvolvimento da indústria química / farmacêutica encurta os períodos em que se apresentam ao mercado novas gerações de medicamentos e cria assim, como em relação à maquinaria, um verdadeiro fetiche quanto aos mesmos, ou seja, forma-se uma imagem nas pessoas de que os recursos tecnológicos (tecnologias duras) incorporados ao projeto terapêutico estão na associação direta da qualidade da assistência e na perspectiva quanto a um cuidado desenvolvido para benefício direto do seu consumidor: o usuário dos atos de saúde. No mesmo caminho dos vários avanços tecnológicos, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

Do ponto de vista do processo de acumulação de capital, na saúde, a indução do alto consumo de procedimentos é fundamental e é isto que se verifica, pois o modelo tecnoassistencial da medicina tecnológica (Schreiber, 1993) caracteriza-se por uma ação cotidiana, em que o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos (Campos, 1992). Apenas, secundariamente, existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade (Donnangelo, 1976).

Esse processo desenha um modelo tecnoassistencial, para a saúde, baseado na alta concentração de recursos tecnológicos (duros, como equipamentos e insumos medicamentosos) para a intervenção sobre o corpo considerado como doente, em si, e isto levou a que os sistemas de saúde dessem prioridade aos estabelecimentos hospitalares, conformando redes de serviços de saúde hospitalocêntricas.

Quanto às tecnologias do trabalho em saúde, que vimos já citando, podemos classificá-las em três tipos, sempre associados aos processos de produção dos atos de saúde: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, que denominamos de tecnologias duras; as que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado, e que chamamos de tecnologias leve-duras e aquelas que só existem no ato produtivo relacional entre trabalhador e usuário, representadas pelas tecnologias leves, segundo Merhy (1997). Esse processo histórico de formação do modelo tecnoassistencial médico-hegemônico vem dando prioridade às tecnologias duras, expressas pelas máquinas e instrumentos, pautadas pela produção de procedimentos profissional centrada, como segmento fundamental de uma forma de acumulação capitalista na área, a do Complexo Médico-Industrial. O interessante é que isso é dado como algo inexorável, em um processo contínuo de retro-alimentação do capital no setor, por muitos pensadores deste campo de práticas, sendo considerada a exclusiva alma capitalista que preside a formação do modelo produtivo para o setor. Entretanto, temos visto, que outras formas de acumulação também vem se

fazendo presente e se expressando pela entrada significativa do capital financeiro, que disputa outra forma de produção da saúde, contrário ao modelo da medicina tecnológica, médico-hegemônica.

A crise no financiamento e o questionamento do modelo hegemônico de produção da saúde.

O crescimento econômico verificado no pós-guerra, foi proporcionado por elevados ganhos de produtividade, graças ao avanço tecnológico da indústria, associado a um ambiente favorável à implantação de políticas sociais, dado pela vitória do Partido Trabalhista inglês nas eleições em 1945. Isso tudo contribuiu para que se desenvolvesse uma opção política pelo modelo econômico keynesiano, implantado na Inglaterra e que se generalizou pela Europa. A idéia do “Estado de Bem Estar Social” criou uma onda de novos investimentos por parte dos governos, o que possibilitou em diversos países, especialmente os mais desenvolvidos, financiarem a implantação de políticas públicas amplas, em especial na saúde, inclusive como uma alternativa para enfrentar a forte demanda dos vários agrupamentos sociais por benefícios diante de intenso processo de produção de riqueza.

Neste contexto, foram criados na área da saúde, em particular na Inglaterra, sistemas estatais, universalizantes. Os governos em vários países assumiram a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, dando-lhes caráter público. Esse movimento, combinava par e passo com outro, o do ascendente custo operacional destes mesmos serviços, dado o processo acrítico e contínuo de incorporação de novas tecnologias duras ao setor e a incapacidade de se desenvolver um sistema produtivo alternativo ao que se gestou no âmbito do modelo médico-hegemônico.

Na década de 70 conhece-se uma forte crise estrutural do capitalismo, que desencadeia uma recessão generalizada, a primeira desde o período que antecedeu a II Guerra Mundial e golpeia de uma só vez, todos os grandes países desenvolvidos. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE demonstram que entre 1973 e 1975, a produção industrial nos países desenvolvidos caiu em média 10 a 15% (Mandel; 1990:15). Caracteriza-se assim uma nova etapa da economia mundial, com uma ruptura do ciclo desenvolvimentista conhecido no período pós-guerra, impulsionado pelo movimento ascendente do desenvolvimento capitalista, a partir de novas bases tecnológicas que possibilitaram ganhos em produtividade e uma maior taxa de acumulação do capital.

A resultante imediata da crise dos anos 70 é a redução da arrecadação fiscal dos estados, e conseqüentemente a prevalecente dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento. Este quadro, contribui para que os gastos com as políticas sociais, implantadas no período anterior, entre elas, a de saúde, passassem a ser foco de tensão social e da atenção dos governos, com propostas de enfrentamento do que consideravam uma crise fiscal do estado. Estes começaram a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos seus próprios gastos. Esta avaliação resultou na identificação de que “os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior e a parte governamental neste custo havia

aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (Almeida; 1997:185).

A resposta imediata por parte daqueles governos, para o que consideravam um problema fundamental, foi o de incluir a saúde nas políticas de austeridade econômica, cortando os gastos e racionalizando os custos, buscando uma minimização do estado. No entanto, essa resposta, sem que se tenha invertido os processos e tecnologias de trabalho, vai se mostrando prejudicial principalmente para os usuários do sistema, que passam a sentir as perdas sofridas pelo setor. Uma resposta eficaz deixa de ser ofertada, na medida em que não se mexe na mecânica da acumulação capitalista do setor, construída sob a maquinaria da medicina tecnológica, deixando intacto os fatores que determinavam o contínuo processo de majoração dos custos da saúde.

A esse processo considerado de crise vai se constituir diferentes tipos de propostas de solução: de um lado, há a lógica de minimizar as políticas públicas para uma perspectiva de ação mais focal, procurando constituir uma política social de cunho mais compensatória; de outro, há a perspectiva de desonerar o estado por serviços para setores que possam arcar com os custos de suas necessidades de proteção social, apontando para a construção de projetos de terceirização e privatização de serviços públicos, outrora estatais; ou mesmo, abertura para expansão do capital na área de serviços de saúde sob outra modalidade de presença produtiva, como é o caso da construção do modelo do Managed Care americano, com intensa entrada do capital financeiro no campo produtivo da saúde, via mercado de seguros de saúde, como veremos.

No nível de algumas organizações governamentais, a busca por alternativas na modelagem dos serviços de saúde, orientadas pela minimização do campo das políticas sociais e sua focalização, vai se dando no campo da vigilância à saúde, como conhecimento e prática sobre a qual se estruturaram algumas propostas de reorganização da atenção à saúde. A maior evidência no Brasil são as propostas centradas na idéia de territorialização, tais como os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), nos anos de 1980, e no Programa Saúde da Família (PSF), na década seguinte, que combina ao instrumental de uma epidemiologia clássica, uma vaga idéia de mudança dos processos de trabalho em saúde. Como esses modelos não mudaram o sentido efetivo, sob o qual vinha sendo praticada a clínica da medicina tecnológica, enquanto elemento constitutivo do processo de produção do cuidado, deixando que a mesma continuasse sendo subsumida pelo modelo médico hegemônico, pouca eficácia tiveram, na direção de re-significar o processo produtivo em saúde, os processos sugeridos até então (Franco & Merhy, 2002, 2003). O modelo tecnoassistencial hegemônico continua inalterado, sofrendo no máximo certos arranjos produtivos que não provocam uma transição tecnológica, mas antes de tudo uma reestruturação produtiva do setor da saúde, no âmbito das políticas públicas, sem ferir o processo médico centrado.

Há que se considerar, que qualquer questão que esteja relacionada à perspectiva de mudança efetiva dos processos produtivos, impactando o modo de incorporar tecnologias de cuidado, deve tomar como seu objeto a intervenção real no processo de trabalho, a partir da micropolítica, lugar da prática central que constitui a produção do modelo tecnoassistencial, seja no setor público ou privado. É necessário intervir nesse lugar, ou seja, no agir cotidiano onde cada um opera sua parcela de trabalho em uma dada linha de produção do cuidado. Sabedoria que o capital financeiro teve ao entrar para disputar o mercado com o modelo médico-hegemônico, pois os operadores privados dos serviços de saúde vinculados a lógica do seguro

saúde, buscam de fato uma intervenção nesse nível, com o objetivo de operar mudanças, armando-se de um conjunto de estratégias para alterar de fato o microprocesso de incorporar tecnologia no cuidado, implantando intervenções no mundo micro da clínica através de várias estratégias administrativas sobre o processo de trabalho, do médico em particular. Isto é, no caso da saúde suplementar a situação de crise de financiamento é sentida, mas com outros significados, próprios do seu modo privado de produzir saúde, e induzindo a respostas diferentes para a mesma situação, aparentemente. O que é crise de financiamento para um é oportunidade de expansão para outro.

O setor sente a pressão dos altos custos de financiamento dos serviços de saúde e busca intervir sobre o problema a partir de uma lógica administrativa. Célia Iriart, Howard Waitzkin e Emerson Merhy (1999) dizem que “é um sistema que utiliza incentivos financeiros e controle da gestão, para dirigir os usuários aos provedores responsáveis por proporcionar a atenção. É importante destacar a permanência de um elemento central: a imposição da racionalidade econômica através do controle administrativo da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da competição do mercado. Implica numa profunda transformação da prática clínica, já que se produz uma radical subordinação dos profissionais de saúde às decisões administrativo-financeiras” (Iriart, 1999:36).

Operadoras da saúde suplementar, buscam implantar um sistema de produção que tem como diretriz a Atenção Gerenciada (ou Managed Care). Ela promove uma reorganização do processo de trabalho a partir do controle dos atos clínicos do médico. Controle esse exercido sob a lógica administrativa, operando a relação custo/efetividade. Não há, nessa proposta uma preocupação com a produção do cuidado em função do mundo das necessidades do usuário, o que poderia significar uma mudança mais radical na lógica da assistência à saúde. Nessa perspectiva, prevalece uma certa lógica do capital, agora financeiro, estruturando serviços, de acordo com uma nova dinâmica do mercado na saúde, subsumindo o processo de trabalho, para um outro fonte de acumulação, distinto do modelo da medicina tecnológica.

De qualquer forma, a Atenção Gerenciada organiza-se a partir da premissa de que os micro-atos médicos devem ser auditados, administrativamente, para se enquadrarem em protocolos rigorosamente delimitadores do trabalho clínico. “Toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo-benefício do sistema. Mas, este não é o campo restrito de intervenção dessas propostas, pois a mesma também se filia a um outro conjunto de estratégias que visam a reorganização dos modelos de atenção a partir da ação dos prestadores privados, centrados nas políticas das instituições seguradoras e financeiras” (Merhy, 1999:25).

As empresas adotam esse dispositivo como estratégia de gestão dos seus planos de saúde, concentram nos administradores, que figuram como auditores dos atos médicos, o poder de decisão sobre o consumo de procedimentos. Notadamente, um critério administrativo para a clínica, superpondo-se a um outro tipo possível de cuidado ao usuário.

A estas ações, outras estratégias têm sido adotadas pelas operadoras da saúde suplementar, tais como a priorização em oferta de planos de saúde corporativos, que têm a

vantagem de assistir a uma clientela jovem, em idade produtiva e inserida no sistema produtivo, ou seja, com capacidade de pagamento e um perfil de baixo consumo de serviços de saúde. O co-pagamento como dispositivo redutor do consumo tem sido intensamente usado e estimulado pelas operadoras; novas estratégias de cuidado extra serviços de saúde, como a Internação Domiciliar ou Home Care; grupos fechados de atenção à saúde, como populações específicas de risco, através de ações programáticas e visando grupos de alto nível de utilização dos serviços, com objetivos de redução de custos, captação de clientela e até mesmo melhora da produção do cuidado, para algumas populações de “beneficiários”, fundamentais para o sistema. Mas essas iniciativas ainda são marginais, verificadas para alguns segmentos do setor privado complementar e convivem com o modelo predominante, que permanece como sendo o de alto consumo de insumos, sob o ideário do modelo médico hegemônico, ainda praticado também por esse segmento do mercado.

Apesar disso, a análise que fazemos baseada na discussão da Transição Tecnológica a partir de uma nova perspectiva do processo produtivo na saúde, nos mostra que essa situação já aponta para uma tensão estrutural entre nos vários capitais do mercado da saúde. Há uma tensão no modo de produzir saúde pelo caminho do Complexo Médico Industrial ou pelo da Atenção Gerenciada. Os capitais estão brigando entre si pelos processos produtivos e, mesmo que ainda pouco expressivo, os sinais dados por essa presença da intervenção micro administrativa na construção do cuidado em saúde aponta, do nosso ponto de vista, para uma reestruturação produtiva com capacidade de gerar nova lógica acumulativa no mercado: o da financeirização.

Vejamos essa discussão adiante.

O modelo tecnológico de produção da saúde e a micropolítica do processo de trabalho.

Importa registrar o fato de que, por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena da produção da saúde, isto é, no lugar de encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, que são os destinatários finais de todo esforço produtivo. O perfil de cuidado que se produz é definido no nível da micropolítica do processo de trabalho, isto é, no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, nas relações que estabelece com os outros trabalhadores, com os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza. Enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha de produção do cuidado e no modo de organizar e dispor as configurações tecnológicas produtoras de atos de saúde. Assim, queremos afirmar que quem concretiza o modelo technoassistencial, com grande poder de definição, não é a norma externa que virtualmente se institui e constrange, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo e do seu exercício de decisão em ato, no acontecer a produção do cuidado.

Isso é uma característica constitutiva do modo de produção da saúde, não necessariamente idêntica ao dos outros processos produtivos, como de um automóvel em uma fábrica, que tem um componente de imposição sobre o exercício de decisão do trabalhador bem

distinto. Na produção do cuidado, que é sempre em ato, o trabalho vivo do trabalhador opera com muita liberdade perante o trabalho morto que lhe constrange; por isso, na saúde conta o fato dos trabalhadores exercerem um razoável auto-governo sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação indicar que a transformação do perfil produtivo, depende de mudanças no agir do trabalhador de saúde.

Há, nesse campo de práticas, que se considerar o aspecto do trabalhador ser detentor de uma determinada proposta de organização da produção do cuidado, bem como portador de uma certa subjetividade, que opera no ato da sua intervenção sobre o outro, produzindo o cuidado. Conta o modo como vê os seus companheiros de equipe, como valora a vida do outro, como se dispõe a atuar, e assim por diante; na saúde conta o modo como o trabalhador assume determinadas atitudes ético-políticas junto aos seus pares, seus dirigentes e os usuários. E, essas atitudes estão sempre entre o pólo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidador mais acolhedor, que estabelece vínculos e responsabilidade em relação ao usuário e seu problema de saúde. Qualquer um de nós, como usuário sabemos o que isso significa, pois quando necessitamos de um cuidado temos plena noção de como conta quem está ofertando o serviço.

Há, então, sempre que se considerar uma intencionalidade indicando o *modus operandi* que é singular, de cada um. E o modo de agir, que a princípio é social e tecnologicamente determinado, tem como um importante dispositivo os processos de subjetivações que afetam os sujeitos e imprimem sobre os mesmos, determinados valores e condutas perante o outro, com o qual ele se relaciona e ao qual destina o produto do seu trabalho. Portanto, lidar com trabalho e tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um, implica em ter que considerar nas análises os modos como o trabalhador e o usuário se constituem como sujeito moral e político. A micropolítica tem esse forte componente, ou seja, é o território de entendimento do que significam os processos de subjetivações e os encontros dos sujeitos, agindo um sobre o outro. E, sem compreender isso e levar isso em consideração não há como compreender a constitutividade dos modelos produtivos, em saúde.

Traduzamos isso sobre a noção de organização tecnológica do trabalho em saúde, de um modo mais preciso.

Não há como se aproximar dos componentes de um processo de trabalho sem a sua configuração enquanto uma micropolítica e território de agir tecnológico. Tradicionalmente, no senso comum, inclusive de algumas áreas de conhecimento, as tecnologias são associadas com as máquinas e instrumentais duros da intervenção sobre os problemas de saúde. A partir de Mendes Gonçalves (1994) esse debate assume uma perspectiva diferenciada, pois esse autor as define a partir de uma concepção de saberes tecnológicos que se desdobram em componentes materiais e não-materiais, como se pudéssemos olhar um saber e ver seu desdobramento para dentro do processo de trabalho como “tecnologias materiais” (máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico).

Com esse autor, para nós, realiza-se uma primeira ruptura com a idéia de um modelo produtivo “duro”, pois o conhecimento, ao ser considerado como tecnológico, traz para o processo produtivo a dimensão do trabalhador enquanto sujeito cognoscente, dotado de capacidade própria a partir do conhecimento e com o qual se constitui a atividade produtiva. Merhy (1997) informa que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear

no trabalho em saúde que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários, que em ato conformam uma certa dimensão do agir tecnológico no modo de agir, no manejo para a produção do cuidado. No movimento em ato desse manejo que é trabalho vivo em ato. A idéia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho, traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador. No processo de produção do cuidado as três tecnologias (duras, leve-duras e leves) fazem-se presentes, e conforme o modelo tecnoassistencial há diferentes modos de seus arranjos de domínios se configurarem. Por exemplo, no modelo médico-hegemônico ocorre uma dominância e predomínio das tecnologias duras, sobre as outras, inclusive comandando ou mesmo esvaziando a presença das outras nos seus atos produtivos. Já, nos modelos centrados no mundo das necessidades de qualificação da vida, individual e coletiva, dos usuários, há que deslocar o centro tecnológico para o mundo das tecnologias leves, relacionais.

Ao capital não é estranha essa noção, pois os seus vários agentes atuam levando isso em consideração, valorando intensamente o que há de micropolítico no processo de produção do cuidado em saúde, sem utilizar explicitamente dessa conceituação que apresentamos. Veja, que o perfil tecnológico de produção da saúde, para esses agentes, não está desvinculado da micropolítica, e isso fica evidente quando vemos que os agentes econômicos que detêm influência sobre o modelo produtivo da saúde, têm uma forma de atuar no setor muito reveladora. Quando querem disponibilizar no mercado os seus produtos e inculcar o seu uso na prática dos profissionais, realizam estratégias de marketing que atingem, nos micro-processos decisórios, o trabalhador que cuida. O modo como um propagandista de medicamentos age é exemplar nessa direção pois, para colocar novos produtos no mercado da saúde, prioriza uma ação direta sobre os médicos prescritores, por entenderem que é seu “trabalho vivo em ato”, que vai assegurar maior ou menor consumo de insumos, considerando que é a partir daí que se dá a tomada de decisão neste sentido, das incorporações.

No modelo médico-hegemônico, da medicina tecnológica, verifica-se que o controle dos processos de consumo, que inclusive fabricam os usuários para si, está na micro-decisão clínica do médico, no exercício do seu trabalho vivo em ato, e é sobre ele que procuram atuar. E, aqui vale a visão do paradoxo: o mesmo lugar que posso dominar e impor um modo de agir, é o lugar que permite a sua negação, ou seja, é no território da micropolítica do trabalho vivo em ato que há a chave para o condicionamento de um modo de produzir o cuidado ou para desconstruí-lo. As diferentes formas de organização do capital, no mercado, sabem disso, mesmo que expliquem seu agir por outros conceitos.

A análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas daquelas utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como no caso da saúde, há significância de produtos que são “simbólicos”, que constituem certa materialidade pelo valor de uso que têm para o usuário, individual e / ou coletivo (Merhy, 2002). É a partir dessas questões que diretrizes produtivas para a construção do cuidado em saúde, como produzir: acolhimento, vínculo com responsabilização e a autonomização do usuário, devem ser vistas como produto / resultado das tecnologias de saúde e indicadores de eficácia e efetividade do cuidado que é produzido.

Por essas constatações, qualquer mudança que queira se realizar no setor passa necessariamente pela possibilidade de compreender os processos que permitem produzir

inversões tecnológicas do trabalho em saúde e nas relações que estabelecem entre si as tecnologias duras, leve-duras e leves, levando ou não a processos de transição ou reestruturação produtiva na saúde.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde.

Os estudos realizados até então sobre o modo de produção da saúde, observando especialmente o processo e as tecnologias de trabalho, tiveram um importante desenvolvimento a partir de Donnangelo (1976); Gonçalves (1994); Merhy (1994, 1997, 1998, 2002); Campos (1992); Cecilio (1994; 2001); Franco (1999, 2003) e Pires (1998); e que, em comum, demonstram uma forte tensão no sentido da incorporação de novas tecnologias duras aos processos produtivos. Essa tensão se dá em primeiro lugar, pela disponibilização e oferta de equipamentos no mercado, em segundo lugar, porque é um processo inexorável da acumulação capitalista à necessidade de renovação do capital fixo nas plantas produtivas e na saúde esse modelo tende a se repetir através do alto consumo da maquinaria no processo de produção e finalmente, em terceiro lugar, devido à construção social imaginária que associa qualidade da assistência e produção de vida com densidade tecnológica dura, sub-liminarmente operando a partir dos diferentes agentes que atuam no campo da saúde: gestores, empresários, operadoras, prestadores, trabalhadores e até mesmo dos que são assistidos pelos serviços assistenciais, os usuários.

Essa é uma das apostas do capital sobre os serviços de saúde, na busca da distribuição dos seus produtos em larga escala. Mas essa aposta não é a única determinação do modelo technoassistencial, que caracterizamos como “médico-hegemônico, produtor de procedimentos profissional centrado”. A indústria produtora desses insumos encontrou, nas teses flexnerianas o apoio teórico para propor modelos centrados no consumo de seus produtos e na formação dos profissionais de saúde, dentro de um padrão de tecnologias leve-duras que subsumiu a clínica à matriz de pensamento liberal de organização das relações sociais e produtivas. Esses fatores, concorreram para a formação de um modelo produtivo, no qual os processos de trabalho aparecem tecnologicamente centrados no Trabalho Morto, expressão nuclear das tecnologias duras e leve-duras.

Denominamos de “reestruturação produtiva” na saúde às novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas a priori, mas verificadas a partir do momento que estruturam novos modos de produção e organização dos processos de trabalho. Em geral, buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos. Como são processos, podem ser analisados como sistemas completos, em que os ciclos de mudança já tenham se completado; como em andamento ou operar de acordo com diversas combinações entre si.

Vale dizer que a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho, em um dado sistema de produção, ou não, pode atuar apenas como uma forma nova de

se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico. Esse tema, pode ser verificado na pesquisa realizada por Pires (1998), que estuda e descreve os processos de incorporação de novas tecnologias à produção do cuidado, no interior do hospital, como processo de reestruturação produtiva. De fato, também, dizemos que o que ocorre, a partir de seus estudos, é uma das formas de reestruturação produtiva por mudar o modo de trabalhar das pessoas a partir das novas tecnologias duras incorporadas no processo de trabalho. No entanto, o perfil do seu núcleo tecnológico onde são criados os produtos, permanece como antes, Trabalho Morto centrado, com grande captura do Trabalho Vivo, dentro do mesmo padrão de produção, no qual as tecnologias duras e leve-duras comandam o modo de ser das leves e se focam na produção de procedimentos, profissionais centrados.

Outro exemplo, pode ser dado em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente a principal proposta de organização da atenção básica nas redes públicas de saúde, induzida e ofertada pelo Ministério da Saúde, para a construção das redes locais e regionais de saúde, no SUS. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração nos processos de trabalho, sem contudo haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos centrados nos profissionais. Mesmo as modalidades de PSF que atuam com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois operam mais centralmente no território, focadas nos núcleos familiares e domicílio, o processo de trabalho, na essência, pode não ter sido alterado (Franco & Merhy, 2003).

Queremos dizer, com isso, que nem todo processo de reestruturação produtiva conduz necessariamente a uma transição tecnológica, pois para fazê-lo deveria operar através de uma forma completamente inovadora os arranjos tecnológicos do trabalho em saúde, mudando inclusive os tipos de produtos realizados.

Nesse sentido, outra é a mirada para a tentativa de diversificação das tecnologias de cuidado verificadas nos últimos anos, nos processos produtivos realizados por algumas empresas do campo dos planos de saúde, com os quais assistimos algumas operadoras da saúde suplementar trazendo para a composição de seus projetos terapêuticos, tecnologias de cuidado até então pouco usuais, como as ações de promoção e prevenção à saúde, redefinindo o lugar das tecnologias leves nas suas relações com as leve-duras e duras, na produção do cuidado; impactando os modos de incorporação tecnológica e a produção dos procedimentos, que pode ou não construir um novo patamar produtivo na saúde. Nas experiências atuais dessas operadoras há situações paradoxais, pois:

- de um lado, provocam uma nova relação com o campo das necessidades de saúde (Cecílio, 2001) dos usuários, na qual a preocupação com o autocuidado coloca-se na possibilidade de se obter melhores resultados em relação à saúde, abrindo a perspectiva de autonomizar o usuário e, com isso, reduzir os riscos de agravos; podendo gerar nesse movimento uma ruptura com o modelo médico-hegemônico, levando a uma transição tecnológica, ainda em curso,
- por outro lado, essa não ruptura completada ou predominante, não leva efetivamente a um processo de produzir saúde marcado por uma real inversão das tecnologias de cuidado, que tenha alterado substancialmente o núcleo tecnológico do processo de

trabalho, opera novas linhas de produção do cuidado. Os processos que verificamos, aqui, de modo predominante, ainda indicam momentos de reestruturação produtiva, no modelo hegemônico.

A reestruturação produtiva na saúde é sempre um processo disputado, assim como no âmbito da produção econômica como um todo (Marx, 1985, p. 423), pois se revela como algo que busca mudanças no cenário de produção da saúde, operando no plano da micropolítica. As opções tecnológicas, a organização do trabalho, a tensão sobre os hábitos e comportamentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, revelam que o mundo no qual deve-se operar mudanças no modo de produzir o cuidado é absolutamente complexo. Importa discutir que alterações nos processos e tecnologias de trabalho ocorrem a partir do protagonismo dos sujeitos produtores, que fazem suas opções de acordo com intencionalidades e projetos, que se inscrevem subjetivamente no seu modo de agir; e o fazem conforme interesses de diversas ordens, sejam corporativos e privados, coletivos e públicos, e até mesmo operando sob diversas diretrizes (Sader, 1988, p.37). Ao final, na organização dos processos produtivos, deverá prevalecer uma dada pactuação entre os diversos atores em cena, configurando um certo perfil de cuidado, que se hegemoniza.

A produção da saúde é dependente de trabalho humano em ato, configurado no Trabalho Vivo e na sua micropolítica (Merhy, 1997, 2002), ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos através dos quais se realiza, ali. Nesse momento, que é um processo essencialmente relacional, entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades em acontecimentos, como atos de fala e escuta, toques e olhares, que são constitutivos desse processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem em conjunto, a produção da saúde.

Por esses motivos, a análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas daqueles utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como na saúde, os produtos são “simbólicos”, expressando como materialidade seu forte valor de uso para o usuário (Merhy, 2002); e nesse fronte produtivo a relação entre valor de troca e de uso é muito singular, por essas razões. Certos processos de reestruturação produtiva, por exemplo, procuram dar uma significância objetual para o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde e essa produção simbólica que age no interior dos processos de trabalho, fazendo o cuidado aos usuários ser traduzido pela materialidade do procedimento produzido. Por isso, não há como perder de vista, que na produção do cuidado, queira-se ou não, sempre está presente a produção de produtos, como: acolhimento e vínculo, nem que seja para desacolher e desvincular, objetivando o relacional através de “coisas”. Quando processos de transformação produtiva não operam novas configurações para as tecnologias leves, trabalho vivo centradas, levando a uma ruptura com essa “materialidade objetual”, restringem-se às mudanças a certas aparências simbólicas, nas quais o valor de uso não está na vida produzida, mas no procedimento realizado, e mesmo em mudanças em processos produtivos organizacionais, não configurando-se, então, um processo de transição tecnológica.

“Transição tecnológica” significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais e seus produtos, a partir do

“trabalho vivo em ato” (Merhy, 1997), ou seja, além das tecnologias leves pelo protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado. Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”, pois tem sua ação voltada ao campo das necessidades de saúde, dos usuários, que se torna o seu objeto de intervenção estruturante. E, como tal, é sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. É um processo social sempre tenso e de intensa disputa entre os vários grupos interessados nessa produção, que apontam para caminhos, simbólicos e materiais, diferenciados para o que deve ser o cuidado em saúde; e, assim, a transição tecnológica deve configurar um novo sentido para as práticas tecnoassistenciais, que tem novas conseqüências e impactos na construção dos resultados a serem obtidos junto aos usuários (Merhy, 2002; Franco, 2003).

Há uma questão importante a ser considerada e que diz respeito ao fato de que a transição tecnológica pode ser o resultado de um acúmulo de processos anteriores. A rede de petição e compromisso que conforma os serviços de saúde estrutura uma arena decisória, na qual os diversos interesses se entrecruzam e, da tensão/conflito entre os diversos atores, surgem os pactos que irão configurar determinado modo de produzir saúde. Resulta, pois, de uma realidade de construção multideterminada, em que aparecem as tecnologias como um dos seus principais componentes. A transição tecnológica pressupõe, assim, impactar a efetividade da assistência à saúde mexendo no manejo cotidiano que cada encontro trabalhador usuário exige. Como um processo de mudança da produção, do micro ao macro, onde há alteração no núcleo tecnológico do processo de trabalho para a formação dos produtos da saúde, isto é, re-significando o arsenal das tecnologias de cuidado utilizadas no processo de trabalho, ou seja, a caixa de ferramentas de cada trabalhador, inclusive a oferta social da mesma para a “fabricação” de novos operadores de tecnologias de cuidado.

Os processos produtivos da saúde, como temos visto, são complexos, com alta implicação entre aqueles que estão inseridos nos mesmos. No núcleo tecnológico do processo de trabalho, convivem mutuamente “processos estruturados” – comandados pelo Trabalho Morto – e “processos em estruturação” – comandados pelo Trabalho Vivo em Ato. É nessa relação, mediada pelas tecnologias de cuidado e a intencionalidade dos sujeitos, que são delas protagonistas, que a produção vai se organizando, operando redes relacionais entre estes mesmos sujeitos, que são os protagonistas desse processo, que governam os atos assistenciais. Da tensão existente no núcleo tecnológico de produção do cuidado, entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo em Ato, será definida a hegemonia nos processos produtivos, entre as tecnologias estruturadas pela maquinaria, atuando sob as lógicas dos distintos tipos de mercado em saúde, e os processos de subjetivações que isso significa.

Por isso, vemos hoje um processo significativo na disputa dos tipos distintos de mercado que tem se instalado, no Brasil, na saúde. De um lado, o mercado que conta com a intensa produção de procedimentos centrado no profissional médico; de outro, o mercado que aposta na produção de um cuidado gerido, que só incorpora tecnologias duras, de custo crescente, sob a batuta de uma outra lógica (econômico-administrativa), que se realiza pela produção de produtos relacionais, como: mais controle sobre a gestão do cuidado, mais práticas de vinculação e referência entre profissional de saúde e usuário do serviço, práticas mais persistentes e permanentes, que visam diminuir riscos de utilização de tecnologias de alto custo, entre outros.

Nessa direção, vemos a disputa cravada entre formas distintas de capital interessadas no mercado da saúde, disputando, às vezes ferozmente, o sentido dos processos produtivos do cuidado. Vejam o sinal que indica isso na luta social, política, econômica e cultural, que grupos médicos travam com as empresas de seguros de saúde, com as operadoras de um modo geral. Luta intensa, a ponto de exigir interferências estatais regulatórias, como a que vem sendo praticada pela constituição, desde 2000, da Agência Nacional de Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, cuja prática vem tentando estabelecer certas regras para o mercado privado suplementar de saúde, sem tomar claramente uma direcionalidade de qual processo produtivo deva ser consagrado; mas ao agir assim não inibe o modo efetivo como os diferentes tipos de capital vêm construindo seus próprios modos de solução. E, nossa sensação, é de que a aparente convivência, ainda equilibrada entre o modelo médico-hegemônico e o da atenção gerenciada, não persistirá por muito, tendencialmente mostrando que a transição tecnológica desta última se imporá sobre a reestruturação produtiva da primeira, dando novo formato predominante, do ponto de vista do capital, para o mercado na saúde, com o intenso processo de financeirização.

A iniciativa da AG parte da premissa de que, o controle administrativo do processo produtivo é capaz de estancar o crescente consumo de procedimentos e com isso, reduzir os custos operacionais do sistema. Para exercer esse controle, os operadores da saúde suplementar identificaram que é necessário controlar o “trabalho vivo” dos prescritores, seu processo decisório que tem sido solitário e privado, tornando-o público e partilhado, momento em que surge a figura do “auditor”, em geral um administrador com poder de autorizar ou não os procedimentos, em cima de protocolos onde os parâmetros estão previamente fixados. Tal atitude, por estar centrada na lógica administrativa e burocrática, secundarizando do processo de produção da saúde, sua dimensão cuidadora, tem uma grande chance de recair sobre o clássico erro de avaliar que processos sumários de cuidado podem reduzir consumo e custos, pois, aqueles usuários que se considerarem mal cuidados ou desprotegidos, tendem a buscar novamente os serviços, duplicando assim o trabalho para o mesmo problema de saúde. Reduzir custos operacionais da saúde está na razão direta do maior cuidado de um outro tipo, o que deve significar, que se o modo de produzir que a AG aponta não se caracterizar como um efetiva transição tecnológica, não logrará dominar a lógica do mercado, como ambiciona. Parece-nos, que no Brasil isso ainda é uma disputa em aberto.

Levando tudo isso em consideração, vemos como muito potente para a análise dos processos de mudança, que o mercado em saúde vem passando, as perspectivas que tomam a AG como um analisador central para expor a discussão da Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica, que vem sendo operada no mercado da saúde, tanto pela sua intimidade com a aposta do capital financeiro no campo da produção do cuidado em saúde, quanto pelo que constrói de estratégias para enfrentar o modelo médico-hegemônico, utilizando-se dos mecanismos da micro-regulação dos atos médicos na produção da saúde, sob a ótica de interesse daquele capital financeiro, que não se alimenta acumulativamente pela dinâmica produtiva dos processos produtores de procedimentos, duros, centrados nos médicos, e seus correlatos.

Esse analisador permite revelar para a reflexão, também, que essa resolução irá marcar intensamente a própria organização do setor público prestador de serviços de saúde, apesar de que nesse terreno não ser desprezível o movimento próprio dos vários grupos sociais interessados e muito definidores do que ocorre na construção deste setor produtivo, através do

Sistema Único de Saúde e da Reforma de Estado que provoca, pois aqui há disputas muito mais alargadas do ponto de vista do confronto com os modelos médico-hegemônico e da atenção gerenciada. Mas, esse é tema para um outro capítulo, pois nesse caso vemos que, no Brasil, “o percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos de saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato, em saúde, com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico – tanto em relação à medicina tecnológica, quanto à da Atenção Gerenciada, que o capital financeiro vem introduzindo no setor saúde” (Merhy, 2002, p.31).

Referências Bibliográficas.

ACIOLE G. G. A saúde no Brasil: cartografias do público e privado. São Paulo: Hucitec, 2006.

ALMEIDA C. A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

ALMEIDA C. **Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe.** Cad. Saúde Pública v.18 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2002.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde in Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.); Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

DONNANGELO, M. C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin number 4, New York City, 1910.

FRANCO, T. B. Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. Campinas, 1999. (Tese - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T.B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

IRIART, A. C. Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. Campinas, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

IRIART, C; WAITZKIN, H. & MERHY, E.E. HMO'S abroad: managed care in Latin America, in FORT, M; MERCER, A & GISH, O *Sickness and Wealth*. Massachusetts: South end Press, 2004.

MANDEL E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MATUS, C. *Política, Planificação e Governo*. Brasília: IPEA. 1996.

MARX, C. *O Capital*. São Paulo: Difel. 1985. Volume I.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde –Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público*. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998a.

MERHY, E. E. *A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as*

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? *Saúde em debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. Ano XXVI, v.26, n.60, jan./abr. Rio de Janeiro, 2002.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998.

SADER, E. *Quando novos personagens entraram em cena*. São Paulo: Paz e Terra. 1988.

SCRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA JR. A. G. *Modelos tecnoassistenciais em Saúde – o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.