

Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea

Emerson Elias Merhy

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

A tradição do campo da saúde no ocidente, iniciada no século XIX, vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (Donnangelo, 1976) (Illich, 1975) como a produção de um processo histórico e social nominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX..

Até o século XIX, coexistiam diferentes tipos de cuidadores, respondendo também a diferentes expressões do que se compreendiam como necessidades de saúde, relacionadas aos “modos de andar a vida” de cada tempo e de cada sociedade, como define Canguilhem (1990). Ou seja, as práticas cuidadoras respondiam a necessidades de saúde que variavam conforme as diferentes compreensões sobre o aparecimento e desaparecimento das doenças, sua maior ou menor intensidade e a maior ou menor importância que adquiriam em diferentes formas de organização social. Ou seja, muito antes de se correlacionarem doenças com alterações morfofuncionais dos corpos, já se identificavam doenças, dotadas de realidade própria e externas aos corpos (pois somente assim se poderiam explicar suas variações). A essas concepções sobre o que seriam as enfermidades correspondiam comportamentos coletivos designados como desejáveis ou não desejáveis, que expressavam um padrão geral de normatividade, que correspondia a estruturas culturais amplas, mas que variavam também de acordo a diferentes estratos sociais (Gonçalves, 1994).

A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, sobre as quais a medicina se estruturou, as determinações extrabiológicas das necessidades passaram a ser abstraídas e a medicina transformou-se na única prática capaz de definir por meio de seu saber – científico – o que é ou não legítimo enquanto normal e patológico. O corpo biológico tornou-se o campo no qual é possível explicar a ocorrência do normal e do patológico em qualquer circunstância. E esse objeto apreendido pelas ciências básicas e, por extensão, o objeto de trabalho apreendido na prática médica, passou a ser compreendido como o verdadeiro e único objeto, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde por lidarem com objetos não verdadeiros.

Quando vemos um sofrimento como resultado de uma doença que atinge humanos e a clínica como um saber que nos permite vê-la, ali no corpo biológico genérico, passamos a olhar qualquer fenômeno de sofrimento como doença e, mais ainda, passamos a ver qualquer adoecimento como uma expressão particular das leis gerais científicas do processo saúde-doença.

Mesmo na perspectiva mais ampla que a saúde coletiva tem sobre esse processo, quando remete o olhar sobre a doença para o processo (histórico e social) saúde / doença, há uma aposta de que esse olhar é armado cientificamente e que a apreensão desse processo só será possível se tivermos a posse de novas ciências, para além daquelas como a clínica: outras ciências mais amplas sobre a sociedade, a história e os coletivos humanos. Mas não saímos do terreno de que a competência em compreender e agir nesse campo de práticas, o da saúde, só será dada pela produção da ciência e qualquer fenômeno que ocorra, aí nesse campo, será sempre um caso particular de um fenômeno geral.

É isso que nos faz em muitas situações, no campo da saúde, hoje, dizer que cada caso é um caso, mas sempre esse caso é um momento particular das formas de adoecimentos que conhecemos pelos saberes clínicos científicos que a “medicina do corpo de órgãos” do século XIX construiu como forma de ver e falar do sofrimento humano, em geral, tanto na medicina quanto na saúde pública.

Antes de ir adiante na discussão que nos propomos sobre as tecnologias de saúde, cabem ainda algumas observações e problematizações. Uma faz referência à idéia de que essa medicina, mesmo estando colada a estratégias bem sucedidas de disciplinarização da vida (o tal do fenômeno da medicalização, já apontado), é capaz também de produzir resultados positivos. Há muitas situações que respondem bem às intervenções sobre o corpo de órgãos com base nessa visão de casos particulares construída pela ciência.

Porém, há também evidência de muitos problemas ou mesmo de muita incapacidade. Por um lado, a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico deixam de lado muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-la. Mais ainda, a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. Assim, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, elas têm perdido potência e eficácia.

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas.

O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos e sociais e no plano singular de cada situação). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

Com isso, colocamos em pauta a necessidade de revisitar todos esses processos de trabalho em saúde sob um novo ângulo. Aquele que torna evidente que em qualquer situação de encontro entre trabalhadores de saúde e o mundo das necessidades, individuais e coletivas, dos usuários, há um intenso processo micropolítico que subjaz e que define a possibilidade, para além da particularidade e do genérico, de que o ato de cuidar seja visto como lugar de singularização dos modos de se definir de forma mais autônoma “os modos de caminhar na vida” (Cecilio e Matsumoto, 2006).

E para compreender isso só olhando novamente o mundo do trabalho em saúde sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato, como veremos a seguir, por estar fortemente implicado com a construção dos encontros singulares nos atos de cuidar.

O trabalho

Para ampliar nossa compreensão sobre o trabalho humano, vamos resgatar Marx, que considera o trabalho não somente em sua dimensão operativa, enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção.

Em qualquer atividade humana de produção, a construção mental do produto a ser realizado antecede e se antepõe ao processo de trabalho em si. É essa construção mental que dá sentido ao trabalho. O homem trabalha a partir de um recorte interessado do mundo, projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho envolvido na fabricação do produto desejado.

O processo de produção envolve sempre certos componentes: o trabalho do homem em si, o conjunto de elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. E esses componentes estão articulados em função do projeto que se está colocando em marcha. Este modo de organizar o processo de trabalho envolve uma certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos ‘vivos’ realizar um certo produto. Ou seja, não basta apenas projetar, é necessário um certo saber tecnológico para juntar aqueles três componentes e transformá-los em um produto específico.

Chamamos de trabalho morto todos os produtos-meio que estão envolvidos no processo e que são resultados de um trabalho humano anterior (as ferramentas, por exemplo, que não existiam antes de serem produzidas, mas que num novo processo produtivo já estão dadas). O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, no processo produtivo, pode utilizar com uma certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue.

Destacamos então que a idéia de tecnologia envolve não só os equipamentos/ferramentas/instrumentos envolvidos na produção, mas também um certo saber tecnológico e um *modus operandi*, que inclusive dão sentido ao que será ou não a “razão instrumental” do equipamento. Destacamos também que o processo de trabalho pode estar organizado de modo a limitar ao máximo a autonomia do homem em sua efetivação, tanto por haver um planejamento prévio feito por outrem guiando cada passo do produtor, como por haver um predomínio da lógica de manejo dos instrumentos no comando do processo. Nessas situações, o trabalho morto captura o trabalho vivo e dá a tônica do processo de trabalho.

Marx entendia que um trabalhador ao atuar em uma linha de produção dentro de uma fábrica estava totalmente subordinado, no seu agir, à lógica do mundo duro e estruturado que a produção impunha por meio de vários processos capturantes de sua capacidade de trabalhar. Marx era um anticapitalista que admitia a total captura do trabalho vivo pelo morto e apostava na consciência de classe com o possibilidade de libertação, consciência que seria produto de processos externos ao mundo das atividades produtivas em si (Merhy, 2002).

Taylor defendeu a idéia de que o modo de organizar os processos de trabalho altera as relações entre máquina e trabalhador, pois pode impactar os seus movimentos no tempo. Aprendeu isso observando os trabalhadores em suas atividades produtivas, quando exerciam graus de liberdade diferenciados sobre as dimensões do processo de trabalho, impondo produtividades distintas para as mesmas máquinas e linhas de produção na realização dos mesmos produtos. Dizia que o operário, sem o controle do capitalista, faria uma fábrica do seu jeito e esse nem sempre era o melhor jeito para quem visava a lucratividade e a competição no mercado. Desenvolveu então um conjunto de tecnologias para capturar a autonomia dos trabalhadores no exercício de seu trabalho vivo, pois considerava que somente a captura realizada pelas tecnologias não era suficiente (Merhy, 2002).

Ou seja, Taylor reconhecia, como Marx, que a fábrica é um lugar de intensa dominação, porém partia do princípio que essa dominação deveria ser permanentemente pensada, pois do contrário os trabalhadores tendem a abrir “linhas de fuga” no interior das lógicas de produção e tendem a construir uma produção ao seu modo. O homem, portanto, em suas atividades produtivas, tende sempre a buscar maneiras de exercer sua autonomia e criatividade por meio do trabalho vivo em ato. Caso contrário, desinteressa-se, desmotiva-se e produz menos – a não ser que controlado e coagido (Merhy, 2002).

O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que “valor de uso” ele tem).

A outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Detalhar estas duas dimensões é fundamental para entendermos o que é o trabalho como prática social e prática técnica. Como ato produtivo de coisas e de pessoas.

Como produtor de bens, o trabalhador está amarrado a uma cadeia material dura e simbólica, pois o “valor de uso” do produto é dado pelo “valor referente simbólico” que carrega, construído pelos vários atores sociais em suas relações. Já o “valor de troca” de um produto está amarrado à forma com que funciona uma sociedade historicamente fabricadas pelos homens, tal como a capitalista em que vivemos, hoje.

Se para a produção de carro o “valor referente simbólico” é servir para transportar ou, mostrar status, para a produção da saúde o “referente simbólico” é ser cuidado ou vender procedimentos para ganhar dinheiro. Depende de quem está em cena, seu lugar social, seu lugar no processo produtivo, seus valores culturais, entre várias outras coisas.

O trabalho em saúde

As práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. Assim, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída.

Ou seja, o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais (relacionadas à infraestrutura produtiva da sociedade) (Gonçalves, 1994) e com as necessidades de seu usuário direto. Esse usuário direto busca o consumo de ações de saúde, que lhe proporcionam algo com valor de uso fundamental: mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida (Campos, 1991 e 1992).

Além disso, nos serviços de saúde, o ato da produção e o do consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo, configurando uma relação “interseçora” (de interseção). Quando um trabalhador de saúde encontra-se com o usuário no interior de um processo de trabalho dirigido à produção de atos de cuidado, estabelece-se entre eles um espaço de interseção que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Portanto, no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas – conhecimentos, equipamentos) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e representações), que torna o agente consumidor parte objeto daquele ato produtivo, mas ainda agente, que interfere no processo.

Retomando algumas de nossas considerações anteriores: a ação intencional do trabalho realiza-se num processo em que o trabalhador, por meio do trabalho vivo em ato, captura interessadamente um objeto/natureza para produzir bens/produtos. O trabalho em si é o trabalho vivo e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, são produto de um trabalho vivo anterior).

O trabalho em saúde, que se realiza sempre mediante o encontro entre trabalhador e usuário, é centrado no trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto visando à produção do cuidado (Merhy, 1998). É um processo de produção que opera com altos graus de incerteza e que é marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (Merhy, 1997).

Analisando o trabalho do médico, Ricardo Bruno Mendes Gonçalves considerava que o profissional opera com um saber que lhe possibilita apreender “seu objeto”, quais sejam as manifestações patológicas (medicamente definidas) instaladas no corpo biológico. Essa apreensão não seria um processo puramente intelectual, mas se desdobraria em técnicas materiais e não materiais. Assim, os instrumentos de trabalho deveriam ser compreendidos como um momento de operação do saber no trabalho médico. É essa dimensão tecnológica do trabalho médico que lhe permitiria responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas. Tecnologias materiais seriam os instrumentos de trabalho e as tecnologias imateriais seriam os saberes (Gonçalves, 1994).

Partindo desta análise, vamos além. Consideramos que, no encontro entre o médico e o usuário, este profissional de saúde utiliza “caixas de ferramentas tecnológicas” para agir nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro e conforme as finalidades que almeja.

Seriam três tipos de caixas de ferramentas: uma vinculada à propedêutica e aos procedimentos (diagnósticos e terapêuticos), outra aos saberes e outra às relações trabalhador-usuário, cada uma delas expressando processos produtivos singulares implicados em certos tipos de produtos.

A primeira caixa de ferramentas é a que permite manusear o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que possibilitam perscrutar, acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, necessários para alimentar o raciocínio clínico e também todos os outros equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas. Esses processos consomem trabalho morto (das máquinas) e trabalho vivo de seus operadores. A essas chamamos tecnologias duras

A segunda caixa de ferramentas permite processar o olhar do médico sobre o usuário, como objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar é construído a partir de certos saberes bem definidos, como a clínica, a epidemiologia (trabalho morto, pois produzido anteriormente), mas no momento concreto do agir do médico, mediante seu trabalho vivo em ato, em sua interação com o usuário (imprevisto, singular), há uma mediação imposta - pela incerteza e pela situação específica - ao raciocínio clínico do médico. Esse é sempre um território de tensão entre a dureza do olhar armado e do pensamento estruturado e a leveza exigida pelo usuário. É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde. E como não há um só modo de realizar o ato clínico, pode predominar a dureza (e os processos mais estruturados) ou pode predominar a leveza (e os processos mais maleáveis, mais permeáveis). Às tecnologias operantes nesse território chamamos tecnologias leve-duras.

A terceira caixa de ferramentas é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do

usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do médico. Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves.

Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde. Por exemplo, na medicina tecnológica há um empobrecimento da caixa de ferramentas das tecnologias leves, deslocando-se o arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as tecnologias duras e leve-duras, a ponto de o médico reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, que passa a ser o ato de saúde pretendido.

Composição tecnológica do trabalho em saúde e produção do cuidado

No campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, por meio da qual se espera atingir a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir. Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está efetivamente comprometida com a cura e a promoção.

Do ponto de vista dos usuários, os estudos e reportagens revelam que, em geral, eles reclamam da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e de seus problemas. Os usuários se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados, desprezados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa? Atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico? Ou é uma crise global do setor? É possível, a partir desta crise identificada em torno do usuário, propor um modo diferente de produzir ações de saúde?

Um profissional de saúde quando vai atuar mobiliza ao mesmo tempo seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, ao qual se superpõe um saber territorializado de seu campo profissional de ação, ambos sobrepostos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os vários núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos e em que se relega a um plano irrelevante a dimensão cuidadora. Podemos também afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido, estando todas também orientadas à produção de procedimentos.

Ora, a conformação tecnológica concreta operada pelos modelos de atenção é produto de um processo de disputas entre os vários atores interessados neste locus de ação social. Esses processos de definição em torno do “para que” se organizam os modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo, impondo suas finalidades neste processo de produção.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, os núcleos vinculados às tecnologias duras e leve-duras encontram terreno favorável para se imporem sobre os outros núcleos. Superar esta conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central.

Retomando nossas considerações iniciais a respeito dos atos de saúde, relembramos que a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiem em conhecimentos ditos científicos sobre o tema.

Ora, território das ações cuidadoras, informado pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. Assim, produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto. E como cada qual faz esse movimento desde um determinado ponto de vista, mobilizando saberes específicos adquiridos a partir de vivências concretas, o compartilhamento desses olhares certamente amplia e enriquece as possibilidades de compreender e comunicar-se com os usuários dos serviços de saúde.

E como a construção de relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro, não há, a priori, uma hierarquia na capacidade de estabelecer um bom contato, identificar um problema ou imaginar possibilidades para o seu enfrentamento. Aliás, em geral, de acordo com as circunstâncias, são diferentes os membros da equipe de saúde que cumprem um papel mais ativo nesse processo.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde.

Para começar, na definição/identificação do que sejam necessidades de saúde. O olhar cientificamente armado, tanto pela clínica como pela epidemiologia, tendem a definir

tecnicamente o que são as necessidades de saúde legítimas, prioritárias, que devem ser objeto de ação dos serviços de saúde.

As necessidades sentidas pelos usuários são, então, a priori, julgadas e catalogadas como adequadas ou não ao tipo de serviço que se oferece. Assim é que os usuários “precisam ser educados” para “entender” onde será a porta certa para apresentarem suas queixas, independentemente de quais sejam as respostas disponíveis e as que ele imagine necessitar... Assim é que, apesar da promessa de assumir a responsabilidade por um determinado território e de se apresentarem como “porta de entrada”, as equipes de saúde da família ficam extremamente tensionadas ao se defrontarem com a demanda espontânea, que não se “encaixa” nas prioridades em torno das quais está organizada a oferta de ações programadas. Assim é que as situações não reconhecidas como graves ou envolvendo risco de vida são sempre identificadas nos pronto-socorros e pronto-atendimentos como “demandas que deveriam ser atendidas nas unidades básicas de saúde”..., independentemente do tempo em que isso ocorreria e da sensação de urgência percebida pelo usuário (pelo tamanho ou significado do desconforto).

Mas como abrir-se às demandas espontâneas se já não há capacidade de absorver mais nada ou ninguém nas agendas sobrecarregadas? Será difícil sem reorganizar as ofertas, abrindo espaço para a produção de encontros autopoieticos, sem reconhecer potência para produção do cuidado nas redes de proteção social, sem reconhecer nos usuários parceiros na produção da saúde nos territórios, sem ter liberdade para propor novos arranjos organizativos para oferecer cuidados na intensividade necessária a cada situação... Novos arranjos tecnológicos fazem-se necessários!

O usuário reconhecido como agente poderia participar ativamente da construção dos projetos terapêuticos (construídos de modo compartilhado por vários profissionais), que levassem em conta outros elementos que não apenas recomendações a partir do melhor conhecimento técnico-científico disponível dirigido aos problemas “diagnosticados” e não necessariamente à produção dos melhores arranjos para andar a vida.

Atualmente o usuário exerce seu direito de participar na construção do projeto terapêutico não aderindo às propostas que lhe provocam mais desconforto que conforto ou que não produzem o efeito imaginado/desejado. Os usuários participam produzindo, sozinhos, unilateralmente, as adaptações que consideram necessárias às propostas terapêuticas fragmentadas que diferentes profissionais lhe oferecem e que não se articulam entre si, sem poder contar com a utilização “mais sábia” dos conhecimentos técnico-científicos disponíveis. São muitas as evidências de que tomar o usuário como objeto, como “caixa vazia” de saberes sobre saúde está na base do fracasso em produzir ações efetivas para o controle do diabetes e da hipertensão, por exemplo (Cyrino, 2006). Novos arranjos tecnológicos se fazem necessários!

Os arranjos hegemônicos são eficazes na produção de respostas pontuais, necessárias e suficientes em certas situações (como uma descompensação diabética, uma pneumonia, um infarto agudo do miocárdio, uma apendicite etc.) em que a gravidade do caso leva o usuário a abrir mão de graus da sua autonomia para submeter-se ao tratamento, em que o foco no problema biológico leva à oferta de medidas potentes para superar a situação de

maior desequilíbrio em alguns dias. Mas são ineficazes quando, passado o momento de crise, o usuário reassume o comando da vida e a governabilidade dos profissionais de saúde sobre sua condução é drasticamente reduzida. É que, então, a negociação se faz indispensável!

E é no território das ações cuidadoras que essa negociação pode acontecer. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida. A clínica é o território das tecnologias leve-duras – pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos.

A micropolítica e a produção do cuidado

Como vimos, o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática. Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (Feuerwerker, 2005).

Os serviços de saúde, então, são palcos da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (Merhy, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras na saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção - os gestores, a quem formalmente cabe governar - na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários.

Carlos Matus diz que todos são agentes da organização (g) e alguns estão em posição de “alta direção” (G). Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz (Matus, 1996).

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem. Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator “joga bem”, pode ampliar sua governabilidade. Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

Existem, então, pelo menos três campos de tensão que operam dentro das organizações de saúde (Merhy, 2002):

- O território das práticas de saúde é um espaço de múltiplas disputas e de constituição de políticas desenhado a partir da ação de distintos atores, que, dependendo de seus interesses e capacidade de agir, aliam-se ou confrontam-se na tentativa de afirmar uma certa conformação da saúde que faça sentido. A única maneira de enfrentar esse jogo de modo a fazer valer os interesses dos usuários é por meio do controle social e da pactuação política.
- A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo (isto é, um terreno no qual predominam as tecnologias leves – relacionais - em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados). Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção.
- O terreno das organizações de saúde, por ser um espaço de intervenção de diferentes atores a partir de suas capacidades de autogoverno, que disputam a orientação do dia-a-dia com as normas e regras instituídas, está sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. Este também é um espaço de possibilidades para a construção de estratégias que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários).

Esses três campos de tensão são lugares estratégicos para qualquer intervenção com o objetivo de aumentar a governabilidade do gestor ou para definir as possibilidades de implementação de um desenho organizativo da atenção que seja inovador e que tome as necessidades dos usuários como centrais.

A intervenção pode estar orientada a aumentar a governabilidade do gestor por meio da ampliação dos controles, impactando os exercícios privados dos profissionais (restringindo-a, por exemplo, por meio do controle de custos ou por meio da instituição de programas), atuando sobre as disputas que ocorrem cotidianamente e buscando impor controle sobre elas e, finalmente, impondo os interesses particulares de alguns como sendo os interesses de todos.

Mas eles podem ser espaços estratégicos para disparar novos processos de produção da saúde, novos desafios às práticas e conceitos dominantes e novas relações de poder. A grande possibilidade de quebra da lógica predominante na saúde é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas (Merhy, 2002).

Aí é que entram estratégias de gestão como a educação permanente em saúde e o apoio institucional, utilizadas como dispositivo para fabricar coletivos, propiciar a reflexão sobre o cotidiano, produzir alteridade para analisar as práticas, enfim criar espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos (Merhy, Feuerwerker, Ceccim, 2006).

Reconhecendo o cenário de disputas e diversidade de compreensões, um gestor que deseja ter chance de governar, ou seja, de influir mais efetivamente no resultado desse amplo processo oculto de disputa, deve investir na criação de oportunidades para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde.

Essas oportunidades se dão quando se propicia a constituição de espaços coletivos para reflexão sobre o processo de trabalho, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e estabelecer um acordo acerca do para quê serve o trabalho desse coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço com tantos atores, com tanta diversidade de pontos de vista, suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos.

A condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. O olhar do outro muitas vezes funciona como dispositivo para que cada um ponha em análise, em questão, seu modo de operar, por isso é que o coletivo é fundamental. Conceitos e problemas que pareciam imutáveis, inerentes à contingência das organizações, passam a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo.

Diferentemente das “caixas vazias” orientadas pelas normas, a partir do reconhecimento dos diferentes valores, saberes, crenças e desejos existentes em um coletivo, pode-se identificar as suas repercussões e construir novos pactos e novos arranjos acordados entre os atores envolvidos na produção do trabalho em saúde.

Para tanto, é necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, em que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide (organograma). É necessário descentralizar sem perder o norte e para isso precisamos envolver todos para dar “cara” (identidade) para o coletivo, debatendo desde definição de objetivos até os métodos de trabalho. Somente assim é possível construir novos pactos, que coloquem a favor do interesse do

público (dos usuários) a relativa autonomia / liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

Os diferentes arranjos tecnológicos do trabalho em saúde e suas possibilidades

Produzir cuidado por meio do trabalho em saúde depende da construção de processos relacionais - entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e usuários - que possam suportar a exposição das implicações que a produção de cuidado opera. De um lado, a implicação que nasce do mundo das tecnologias duras e leve-duras. De outro a que constitui e emerge no platô das tecnologias leves dentro da tensão saber / sabedoria em torno do mundo singular de cada usuário.

Nas duas primeiras há um domínio do campo do saber - profissional centrado - que marca fortemente as implicações, sejam dadas a partir das relações com as máquinas e equipamentos e suas maneiras de utilizá-los; seja com os processos relacionais em ato, porém marcados pela lógica de captura do mundo dos usuários pelos saberes tecnológicos, profissionais centrados.

Na terceira, no platô dos encontros intercessores tecnologias leves centrados - expostos ao trabalho vivo em ato que flui de todos os lados, seja do trabalhador para o usuário, seja deste para todas as suas conexões relacionais -, há fortemente um campo de disputa pelos sentidos e significações do encontro. E não há saber tecnológico em si - nem a poderosa clínica ampliada - que dê conta do que flui nesse processo. As sabedorias e as conexões sem saberes específicos operam de modo tão intenso quanto, realizando processos, inclusive terapêuticos, quanto os animados no mundo das outras tecnologias e para além delas.

No encontro entre trabalhador de saúde e usuário, por ser um processo de interseção, território do trabalho vivo em ato, existe sempre uma disputa pelo cuidado que está sendo construído.

Engessado pelas normas ou orientado à produção de procedimentos, o trabalhador pode dirigir-se ao usuário como objeto, fragmento de corpo, sobre o qual a melhor intervenção, identificada com base nas evidências para situações semelhantes, deve ser produzida. Seu agir vai somente em uma direção: dele para o outro como seu objeto, negando o agir do outro e seu saber (apontado como “crença”), por ser de menor valor científico, portanto não alçado à posição de um saber tecnológico produtor de autocuidado legítimo.

Mas o trabalhador também pode reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidades, mas também de desejos, valores, saberes e potências, que precisam ser levadas em consideração, tanto para compreender a singularidade da situação vivida, como para construir o melhor plano de cuidado. O trabalhador afeta e deixa-se afetar pelo outro, sua vida e seu contexto e coloca seu saber a serviço do melhor arranjo para aquele usuário conduzir sua vida na nova condição.

Projeto terapêutico produzido em conjunto possibilita singularização do cuidado, de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados.

No encontro trabalhador- usuário, nesse processo de disputa de projetos terapêuticos, o núcleo profissional fica em xeque e o trabalhador procura ir à luta para, como regra, desarticular a reação. Mas poderá também ir para essa disputa para se reposicionar no campo das ações de saúde e não nos seus núcleos profissionais, dialogando no campo das tecnologias leves com o usuário, cuja autonomia e vida deveria defender..

Esse talvez seja o olho do furacão de qualquer mudança efetiva dos processos de trabalho em saúde.

Referências Bibliográficas

- Campos, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.
- Campos, G.W.S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.
- Canguilhem, G. O normal e o patológico, 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- Cecilio, L.C. e Matsumoto, N.F. **Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde** in Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Roseni Pinheiro, Alcindo Antonio Ferla e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. - Rio Grande do Sul : Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p. ISBN: 85-89737-29-2.
- Cyrino, A.P.P. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à Educação e Comunicação em Saúde. **Tese de doutorado** apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- Feuerwerker, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface, Botucatu, 2005, 9(18), 489-506.
- Feuerwerker, L.C.M. & Merhy, E.E. "Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde". Aceito, em fevereiro de 2008, para publicação na **Revista Panamericana de Salud Pública** (Rev Panam Salud Publica), ISSN 1020-4989.
- Gonçalves, R.B.M. Tecnologia e Organização Social das Práticas de saúde. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- Illich, I. A expropriação da saúde. São Paulo: Nova fronteira, 1975.
- Matus, C. Política, planificação e governo. Brasília: IPEA, 1996.
- Merhy, E.E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L. C.(org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in Merhy E.E.E & Onocko, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

.Merhy, E.E. Saúde: Cartografia do Trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy, E. ; Feuerwerker, L.C.M.; Ceccim, R.B. . Educación Permanente en Salud. **Salud Colectiva**, v. 2, p. 147-160, 2006.