

Folha de Apresentação

Título do Artigo: Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais.

Autores:

Emerson Elias Merhy

Médico Sanitarista, prof. livre docente da Unicamp

Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp.

e-mail: emerhy@fcm.unicamp.br

Túlio Batista Franco

Psicólogo sanitário, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp.

Assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

e-mail: tuliofranco@uol.com.br

Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo
relacional e nas tecnologias leves.

Emerson Elias Merhy
Médico Sanitarista, prof. livre docente da Unicamp

Túlio Batista Franco
Psicólogo sanitarista, doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp.

Resumo

A idéia central do artigo sugere que ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato. Os dois formam uma certa razão entre si, à qual chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do Trabalho Morto, quando o modelo assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos.

A mudança do modelo assistencial pressupõe impactar o núcleo do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo sobre o Trabalho Morto, quando então se caracteriza uma Transição Tecnológica, que no conceito aqui trabalhado, significa a produção da saúde, com base nas tecnologias leves, relacionais, e a produção do cuidado de forma

integralizada, operando em “linhas de cuidado” por toda extensão dos serviços de saúde, centrado nas necessidades dos usuários.

Introdução: Modelos Tecnoassistenciais na Saúde.

Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem de forma interessada, isto é, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma dada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa um certo espaço de trabalho. É um lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de diferentes vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre

estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003). No âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma estrutural hierarquizada, organizando uma intervenção sobre o território. Neste cenário, o debate se organizava muito em torno da oferta e demanda por serviços, com um processo de trabalho que operava centrado no conhecimento da vigilância à saúde, instrumentalizada pela epidemiologia, e com pouca intervenção sobre as práticas desenvolvidas no campo da clínica (MENDES, 1994; FRANCO E MERHY, 1999).

Temos buscado compreender os modelos assistenciais, como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área (MERHY, 1991; CAMPOS, 1992). Esta produção está associada, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados capazes de melhorar a situação de saúde do usuário, individual e coletivo. Assim, entendemos que o campo de saberes e práticas da clínica é parte fundamental no debate em torno da organização da produção da saúde, associado aos outros saberes, sem excluir nenhum campo específico, visto a complexidade dos problemas de saúde, só torna possível resolvê-los, contando também com multiplicidade de saberes e fazeres. Para melhor

compreender a dimensão do problema que temos, recuperamos as contribuições de Cecílio (1999) em torno da questão das necessidades, onde os autores apresentam uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Identificamos o campo da saúde coletiva como o lugar privilegiado de fazer esta discussão, visto que congrega em torno de si os saberes da área, como a clínica, epidemiologia, planejamento, a psicanálise, filosofia, estando ainda aberta a incluir outros como o saber da análise institucional, que recentemente vem sendo incorporado ao campo de debate em torno da saúde (L'ABBATE, 2003).

A Micropolítica de organização do trabalho na constituição do Modelo Assistencial.

Olhando sobre a conformação dos modelos assistenciais, com foco na micropolítica de organização dos processos de trabalho, temos como primeira referência as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que trouxe para o este campo de análise, os conceitos de

“tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

Nossas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, estas podem se dar como relações interseçoras¹ estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde (MERHY, 2002). A estas, chamamos de tecnologias leves, pelo seu caráter relacional, que a coloca como forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. Às tecnologias inscritas nos instrumentos, identificamos como tecnologias duras, porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico, identificamos uma parte dura (estruturada e outra leve, que diz respeito ao

¹ “interseçoras está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002:50-51).

modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 1997).

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras.

Observando o fazer cotidiano de um trabalhador da saúde, no seu micro-espço de trabalho, em especial a micropolítica que ali se desenvolve, temos constatado que ao realizar o cuidado, ele opera no seu processo de trabalho um núcleo tecnológico composto de “Trabalho Morto” (TM) e “Trabalho Vivo” (TV) (FRANCO, 2003). No caso, Trabalho Morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração. Trabalho Vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves (MARX, 2001; MERHY, 2003). Este encontro em TM e TV no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV.

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do Trabalho Vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves. Como exemplo, utilizamos o trabalho de um profissional da saúde, para atender à necessidade do usuário, no cuidado à hipertensão arterial. Aqui podemos dizer que pode ter duas alternativas de projeto terapêutico: 1^a.) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente dos exames e medicamentos, e tem um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2^a.) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece que aquele usuário é além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e assim de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.

No segundo caso, há um processo de trabalho cujo núcleo de tecnologias está centrado no Trabalho Vivo, formas de abordagens mais

relacionais, operando dentro da idéia de que no encontro entre trabalhador e usuário, este é também sujeito da produção da saúde e pode desta forma, ser também protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia. Esta forma de agir para a produção do cuidado, é capaz de intervir sobre os quatro campos de necessidades relacionados acima. Observamos que o instrumental e Trabalho Vivo estão juntos no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, TV exerce hegemonia sobre o TM.

Importa registrar, que a CTT não é mensurável, é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho (FRANCO, 2003). Se a razão existente aí estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização.

O modelo assistencial que advogamos portanto, deve ofertar todos recursos tecnológicos aos cuidado dos usuários e mesmo que este, necessite para sua assistência, de insumos de alta tecnologia, o processo de trabalho pode ainda ter no seu núcleo de cuidado, a hegemonia do Trabalho Vivo, desde que aquela seja a necessidade real do usuário e o acesso à mesma e sua utilização é sustentada pelo encaminhamento seguro e trânsito tranqüilo em uma dada “linha do cuidado” que garanta a integralidade da

atenção², isto é, o seu “caminhar na rede assistencial” acompanhado pelo profissional ou equipe com a qual formou seu vínculo, onde esta se responsabiliza pelo encaminhamento do seu projeto terapêutico. É como se houvesse um lastro de cuidado, sustentando todos atos assistenciais ao usuário, o que pressupõe a freqüente presença do Trabalho Vivo, a sustentar o princípio da integralidade da assistência e a operação das linhas de cuidado.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica: pensando a mudança na saúde, a partir da micropolítica do processo de trabalho.

O debate em torno da reestruturação produtiva da saúde vem se colocando em torno da discussão dos modelos tecnoassistenciais. Entendemos que Reestruturação Produtiva é caracterizada por um modo produzir saúde, diferente de um certo modelo adotado em momento anterior, em uma dada unidade produtiva de saúde, que impacta processos de trabalho, sem no entanto operar uma mudança na Composição Técnica do Trabalho (CTT).

Identificamos que há vários processos de Reestruturação Produtiva da saúde, em curso no Brasil. Para ficarmos em três exemplos, de lugares diferentes, mencionamos o trabalho de Pires (1998) que relata o processo de incorporação de novas tecnologias na produção da assistência em dois

² Sobre Integralidade e Linhas do Cuidado ver Cecílio e Merhy (2003); Franco e Magalhães Jr. (2003).

hospitais, um público e outro privado. No caso analisado, é notório o impacto que causa a incorporação tecnológica no hospital, mudando o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o núcleo tecnológico do cuidado permanece inalterado, isto é, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que revela a captura do Trabalho Vivo pelo instrumental, a não valoração da tecnologia leve no processo produtivo.

Outro processo de Reestruturação Produtiva pode ser verificado no Programas Saúde da Família, que em muitos casos, mudam a forma de produzir, sem no entanto alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território e o incentivo ao trabalho de vigilância à saúde, dão uma idéia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental de produção da saúde (FRANCO E MERHY , 2003).

A saúde suplementar tem reestruturado sua produção, com objeto de impactar os custos da assistência à saúde. Isto vem sendo feito, introduzindo no campo da micro-regulação do trabalho, diretrizes do “*managed care*”, que pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de um administrador, ao qual, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida. No entanto, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras, apesar de haver impacto

importante no processo de trabalho do médico, especialmente pela captura do seu micro processo decisório. (IRIART, 1999; MERHY, 2002).

Em todos estes casos, observamos que há mudanças em curso, a partir da alteração verificada no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, a Composição Técnica do Trabalho, isto é, a razão entre Trabalho Vivo e Trabalho Morto, no núcleo do cuidado, permanece sob hegemonia do segundo, nos revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde. O trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, é subsumido por uma lógica instrumental, tecnologias duras centrada, realizado a partir do ato prescritivo. A mudança verificada nestes casos, não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, médico hegemônico produtor de procedimentos.

A reestruturação produtiva pode vir a produzir mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo, e neste caso então, passamos a trabalhar com outro conceito, que ajuda a pensar a mudança neste nível, no modo de produzir saúde, que é o de Transição Tecnológica. Esta é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho, alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho .

É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas. À primeira vista, pode-se imaginar que há uma tênue linha divisória entre os dois conceitos (Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica), mas ao debruçarmos sobre os efeitos que têm no cuidado ao usuário, um processo produtivo guiado por uma lógica instrumental e outro, por Trabalho Vivo em ato, que pressupõe uma lógica relacional, tecnologias leves dependente, observamos que são dois mundos muito distintos.

O Trabalho Vivo como potência instituinte para a Mudança do Modelo Assistencial.

O debate em torno da organização da assistência à saúde, ocupou-se até o momento, principalmente da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital na história da formação do modelo assistencial, e de outro lado, a atenção básica surgiu como um projeto contra hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível. Entre estes dois pólos, a atenção secundária não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado, centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem no entanto avançar para

imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos. A integralidade pressupõe e portanto exige um esforço em entender este outro conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo estes serviços têm sido um “nó crítico” para gestores e usuários, onde esses têm o seu “caminhar na rede” dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais.

O tema da integralidade da atenção à saúde ganha relevância e vem se produzindo em torno de uma imagem de construção de “linhas do cuidado”, que significam a constituição de fluxos seguros a todos serviços que venham atender às necessidades dos usuários (CECÍLIO E MERHY, 2003; FRANCO E MAGALHÃES JR., 2003). Surge como um tema que é transversal ao conjunto de necessidades de saúde, já mencionados neste texto. Assim, a integralidade aparece em todo núcleo de competências que se estruturam em unidades produtivas que ofertam cuidados à saúde. A “linha do cuidado” disponibilizada aos usuários, se movimenta acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com o das intencionalidades dos trabalhadores protagonistas de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma à integralidade na saúde. Este agir na saúde, traz consigo inúmeros elementos, inclusive os das tecnologias de cuidado, as quais sugerimos que tenham a hegemonia do Trabalho Vivo em ato, calçando um trabalho mais relacional, tecnologias leves centrado. Isto

significa romper com a lógica prescritiva da atividade assistencial, que a captura do Trabalho Morto exerce, em todos os níveis da assistência.

Entendemos que para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos aqui, o espaço da micropolítica do processo de trabalho, como vimos, aparece com evidência na medida que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

Uma pergunta que surge frequentemente em coletivos de trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, é como isto se dá, ou seja, como operar para constituir “linhas de cuidado” que agem interessadamente em defesa da vida, centradas nas necessidades dos usuários? Aqui aparece como fundamental, a necessária pactuação entre os diversos gestores dos serviços implicados em ofertar os recursos em produzir o cuidado aos usuários. A definição dos fluxos entre unidades produtivas em diversos níveis de atenção depende fundamentalmente, do esforço e vontade política em integrar estes serviços. Em outro nível, aparecem como fundamentais a rede de conversas que se estabelece em cada serviço deste, que vão compor a “linha do cuidado”. Esta deve ocorrer entre os trabalhadores, como parte integrante de uma rede de petição, onde há mútua implicação com o processo produtivo que é por natureza formado a partir dos saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço deste, a vinculação de clientela e

responsabilização com seu cuidado e sobretudo, para um trânsito seguro na linha do cuidado, é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, do seu projeto terapêutico. Isto se dá, com objetivo de garantir que os atos cuidadores sejam de fato eficazes para conseguir os resultados de autonomização, fazendo da integralidade um importante dispositivo para a abertura de muitos processos de mudança em toda rede assistencial. Sobretudo, age assim como dispositivo instituinte do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMPOS, G.W.S.; *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*; S. Paulo, Hucitec, 1994.

CECÍLIO, L.C.O.; *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*; Rio de Janeiro; UERJ, IMS: ABRASCO; 2001.

FRANCO, T.B. E MAGALHÃES, JR.; *Atenção Secundária e a Organização das Linhas de Cuidado* in Merhy et al “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

FRANCO, T.B.; *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde*; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.

GONÇALVES, R.B.M.; *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*; São Paulo, HUCITEC, 1994.

IRIART, A.C.; *Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal*; Tese (Doutorado) Campinas – São Paulo, Unicamp, 1999.

L'ABBATE S. *A análise institucional e a saúde coletiva* in *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 8 n.1; Rio de Janeiro; Abrasco, 2003.

MARX, K., *O Capital – Livro 1, Vol. 1*; Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES, E.V. et al; *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*; São Paulo, Ed. Hucitec, 1994.

MERHY, E. E.; *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo*; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; *Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção* in Merhy et al, “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

PIRES, D.; *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*, São Paulo, Anabrume/CNTSS; 1998.