

O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde

Emerson Elias Merhy

Departamento de Medicina Preventiva e Social – UNICAMP

Muitas pessoas acreditam que o objeto da igreja é a salvação da alma, mas, de fato, o objeto é a produção de práticas, como a crença, através das quais se atingirá a salvação como finalidade, como objetivo último. Assim, no interior da igreja há uma quantidade enorme de processos produtivos articulados para a fabricação da crença religiosa e com eles a fé na salvação.

Do mesmo modo, no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir.

Nos últimos séculos, o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se tornando hegemônico. Mas, mesmo dentro desse modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, nesses anos todos, há uma enorme multiplicidade de maneiras ou modelos de ação.

Porém, nos tempos atuais, qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde – seja um consultório médico privado, uma clínica de fisioterapia privada, um hospital público ou privado, enfim, qualquer tipo de estabelecimento de saúde – pode afirmar, com certeza, que as finalidades dos atos de saúde, marcadas pelos seus compromissos com a busca da cura das doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas, para ser otimista.

Todos: trabalhadores, usuários e gestores dos serviços, também sabem que, para atingir aquelas finalidades, o conjunto dos atos produzem um certo formato do cuidar, de distintos modos: como atos de ações individuais e coletivas e como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde; conjugam todos os saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores e conformam os modelos de atenção à saúde.

Sabemos, por experiências como profissionais e consumidores, que, quanto maior a composição das caixas de ferramentas (aqui entendida como o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde) utilizadas para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde enfrentado e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria composição dos processos de trabalho.

Entretanto, a vida real dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura e a promoção.

As duras experiências vividas pelos usuários e trabalhadores de saúde mostram isso cotidianamente, em nosso país.

Creio que poder pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas dos

resultados, cura, promoção e proteção, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

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

De uma maneira geral, entendo que todos os processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante. Dentre estas, destaco as tensões entre:

- a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos enquanto cuidado, como, por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura;
- a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e, exclusivamente, presas às competências específicas de alguns deles, como, por exemplo, as ações de saúde centradas no enfermeiro ou no médico, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e centrada no procedimento em exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

Para facilitar a compreensão dessas questões e mesmo o entendimento de que, partindo dessas tensões, é possível pensar alternativas para os modelos ineficientes e ineficazes, que, muitas vezes, operam nos serviços, irei colocar adiante trechos de textos já produzidos, que permitem refletir e traduzir os temas destacados acima.

A dimensão cuidadora da produção em saúde e a tensão procedimento – cuidado na produção dos modelos de atenção¹

A situação mais comum, hoje em dia, é lermos sobre a existência de uma crise no atual modo de organização do sistema de saúde, porém, quando são catalogadas causas ou soluções, vemos como essa constatação e mesmo a discussão em torno dela não é tão simples.

Entretanto, se olharmos do ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os seus problemas de saúde, tanto no plano individual quanto no coletivo.

Uma pequena olhada nas reportagens da grande imprensa mostra que o tema saúde é muito lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais fundamentais da sua vida, ao mesmo tempo que também podemos registrar que é na área de prestação de serviços que o cidadão se sente mais desprotegido.

O paradoxal dessa história toda é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos – tanto em termos de conhecimentos quanto de soluções – em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas e das comunidades, e a existência de serviços altamente equipados para suas intervenções, o que nos estimula a perguntar, então, que crise é essa que não encontra sua base de

sustentação na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado.

Ao ficarmos atentos, do ponto de vista do usuário, para as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco essa situação. E, desde já, achamos que esse ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que, como regra, falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos – aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o EEUU, que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil, que deve gastar em torno de 35 bilhões no total.

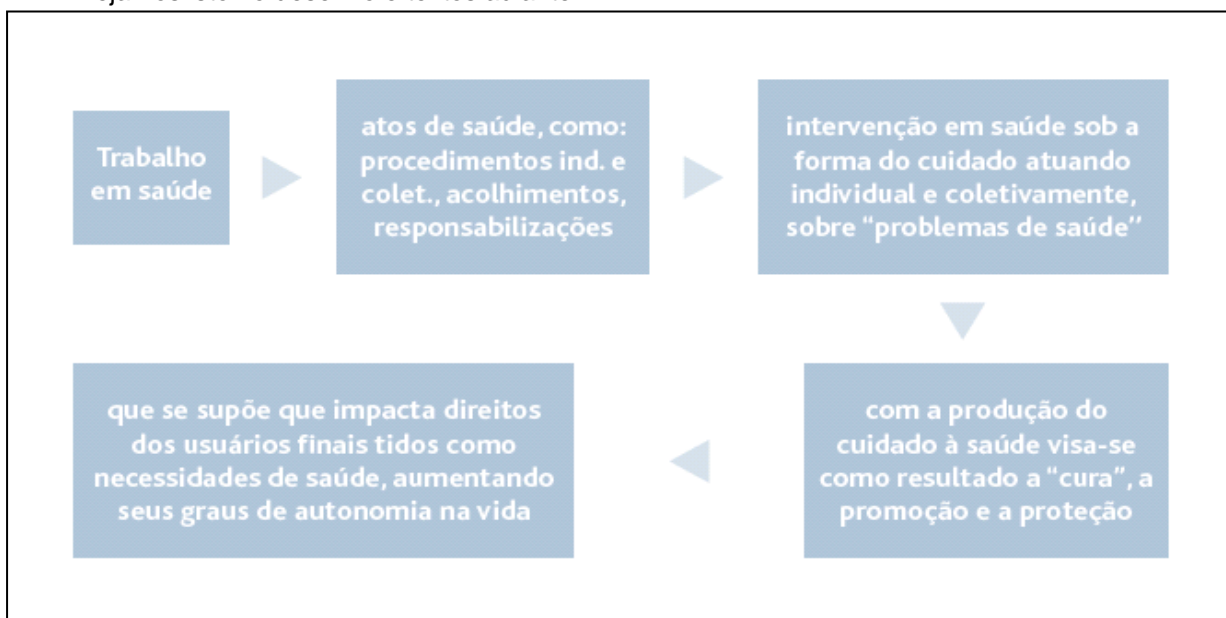
Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

Ora, que tipo de crise tecnológica e assistencial é essa? Será que ela atinge só um tipo específico de abordagem dos problemas de saúde, como a expressa pelo trabalho médico, ou é uma característica global do setor? É possível, a partir dessa crise diagnosticada em torno do usuário, propor um modo diferente de se produzir ações de saúde?

À frente, tentaremos mostrar como essa questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final.

Supomos que este processo permita a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre esse processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como saúde em última instância, pois aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e não “usuária centrada”, e a finalidade última pela qual ela se realiza se esgota na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado organicamente e ponto final, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil. Nós, enquanto usuários, podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos.

Vejamos isto no desenho e textos adiante:



A visão, já muito comum, de que tecnologia é uma máquina moderna, tem dificultado bastante a nossa compreensão de que, quando falamos em trabalho em saúde não se está se referindo só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, vamos ver que – além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário –, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura² do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de levedura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Entretanto, quando reparamos com maior atenção ainda, vamos ver que, além dessas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que denominamos de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Diante dessa complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, advogamos a noção de que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema, expressa, em termos de resultados, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo.

A dimensão cuidadora da produção em saúde e a tensão dos núcleos de competência profissional na produção dos modelos de atenção³

Consideramos como vital (...) compreender que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença, marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um (vigilante) da porta de um estabelecimento de saúde.

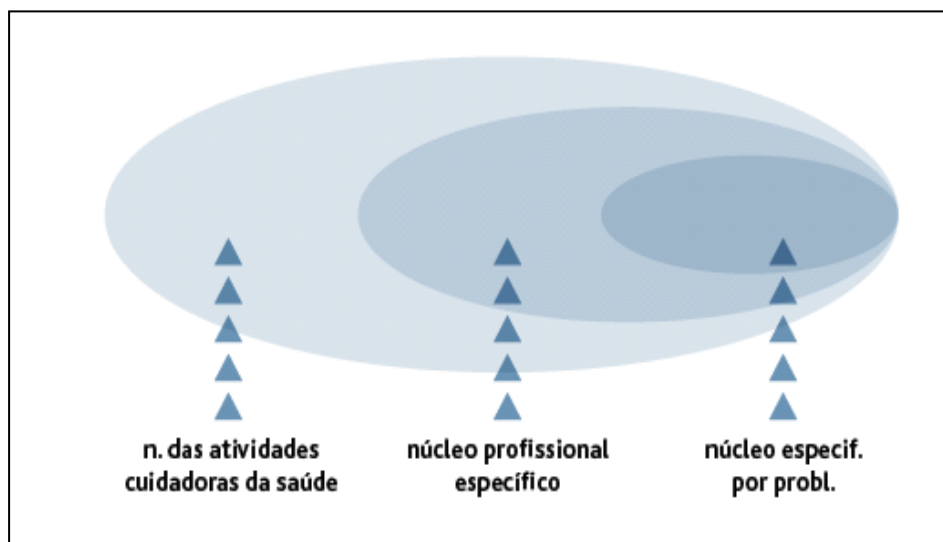
Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico (...) é a de diminuir muito essa dimensão (cuidadora) (...) do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vêm advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia dessa intervenção, e, parodiando-os, podemos dizer que a

“morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Entendemos que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comportam o conjunto das ações de saúde.

Imaginamos que um profissional de saúde, quando vai atuar, mobiliza ao mesmo tempo os seus saberes e modos de agir, definidos em primeiro lugar pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, sobre o qual se coloca em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos cobertos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional.

Com o esquema abaixo, tentaremos mostrar o que estamos dizendo:



Na produção de um ato de saúde, coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela intersecção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistência social, entre outros, recorta esse problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Mas, seja qual for a intersecção produzida, haverá sempre um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários.

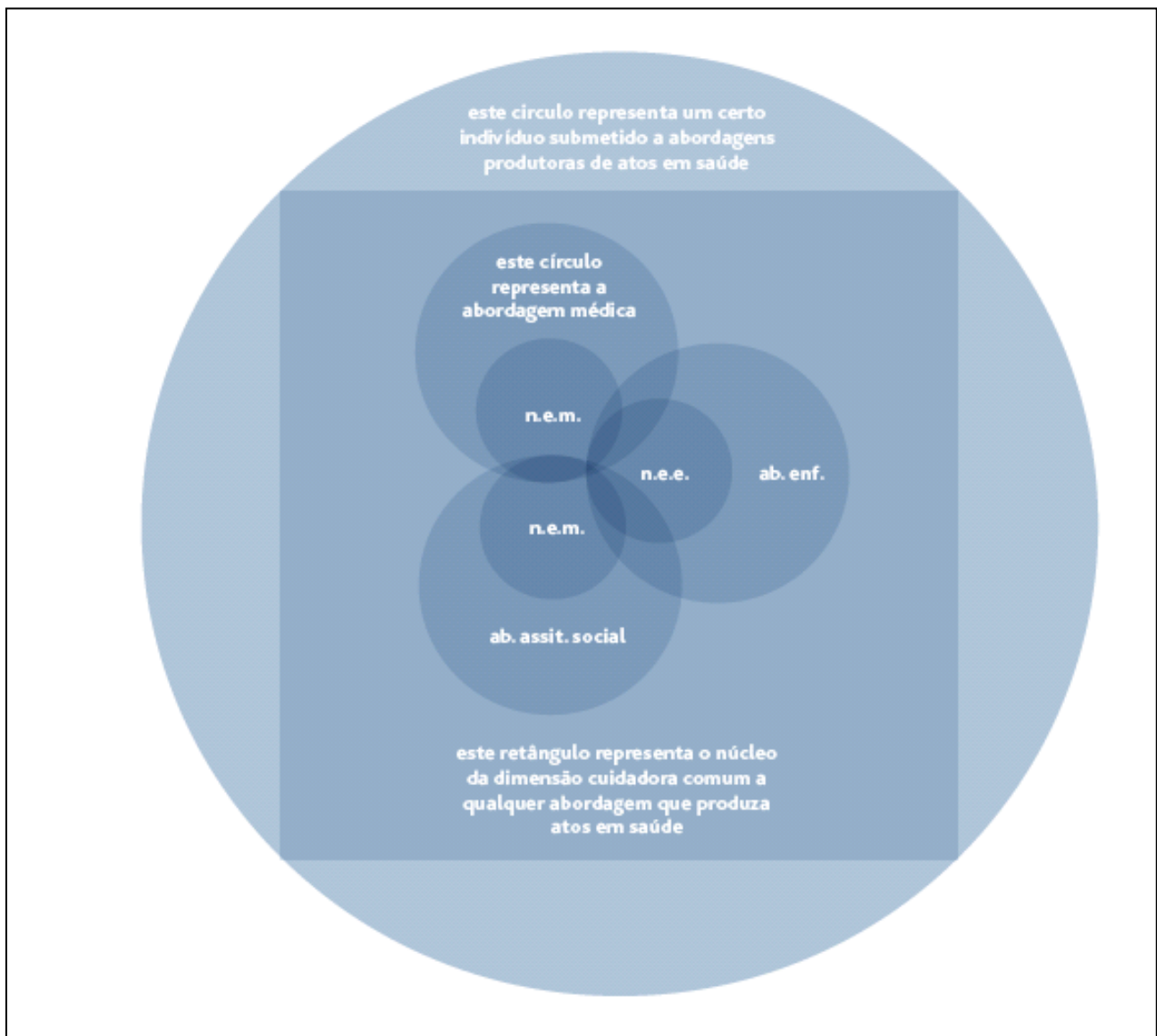
Porém, como a conformação tecnológica concreta, a ser operada pelos modelos de atenção, é sempre um processo que representa ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas em certos aspectos da realidade, dentro de uma maneira muito particular de valorizar o mundo para si, entendemos que o território tecnológico, expresso nas três dimensões apontadas acima, está nos serviços concretos antes de tudo, produtos das disputas entre os vários atores interessados nesse *locus* de ação social.

Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que, nesse modelo assistencial, a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde

são subjugadas a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que têm interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, esses processos de definição do “para que” se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses colocados no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nesses processos de produção. Desse modo, o modelo médico hegemônico (...) expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão desse ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para esse setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está se realizando.

Vejamos o esquema abaixo⁴, desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social fazem de um certo usuário de um serviço, para, em seguida, analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimento e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que, a nosso ver, implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; (o dia-a-dia) (...) dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.



Vamos entender o diagrama acima, analisando, inicialmente, uma pensão protegida, experimentada por alguns serviços que ousaram organizar alternativas para os manicômios psiquiátricos, para depois usar do esquema explicativo para entender um hospital geral, na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos de produzir atos de saúde.

Em primeiro lugar, temos que entender qual missão é esperada para uma pensão protegida. E isso só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera desse equipamento assistencial, pois cada tipo de modelo cria missões diferenciadas para estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

Podemos tanto esperar de uma pensão protegida que ela seja organizada de tal modo que os seus moradores não tenham mais crises agudas, quanto que seja organizada como um equipamento que deve viabilizar uma ampliação da socialização, com ganhos nos graus de autonomia para tocar a vida diária, e com um enriquecimento das redes de compromissos de seus moradores com um mundo não-protetido, extramuro das instituições mais fechadas.

Do ponto de vista da nossa análise, podemos dizer que um modelo que espera da pensão protegida um papel vital para impedir crises impõe, no dia-a-dia do funcionamento do estabelecimento, uma relação entre os núcleos que operam na produção dos atos de saúde, uma articulação que possibilita um agir sobre a dimensão específica do problema, a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes no manejo das crises, por exemplo, de usuários psicóticos, e que favorece um jogo de potências em direção a certos processos instituintes.

Tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas de poderes (políticos, técnicos e administrativos) na sociedade contemporânea, esses núcleos, vinculados às tecnologias duras e leveduras, encontram um processo favorável para acabar se impondo sobre os outros núcleos, favorecendo um processo de dominação psiquiátrica diante dos outros recortes profissionais. E o interessante a observar é que isso ocorre mesmo que não haja comprovação de que esse processo de conformação tecnológica irá ou não obter bons resultados, pois essa imposição de missão e de desenhos tecnológicos é dada pelos interesses sociais que, no momento, são mais poderosos e considerados legítimos.

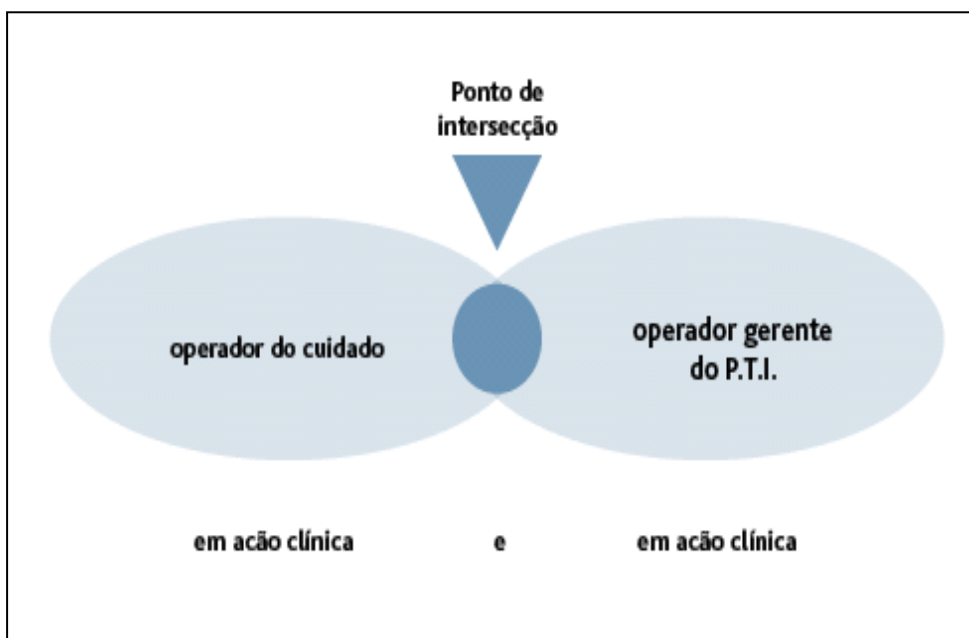
Superar essa conformação exige operar com alguns dispositivos que possibilitam redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nesses processos, alterando as missões do estabelecimento, ampliando os modos de produzir os atos em saúde, sem perder as eficácias de intervenção dos distintos núcleos de ação. Deve-se apontar para um modo de articular e contaminar o núcleo mais estruturado, o específico, pelo núcleo mais em ato, o cuidador, publicizando esse processo no interior de uma equipe de trabalhadores.

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

Nesse caso, vemos que o núcleo cuidador é o que deverá se impor, o que favorecerá, inclusive, a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. E, mais ainda, pode-se abrir, a partir desse núcleo em comum, o cuidador, um espaço semelhante e equivalente de trabalho na equipe, que explore a cooperação entre os diferentes saberes e o partilhamento decisório.

Devemos ficar atentos, então, nesse tipo de processo, a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser identificado como o responsável pelo “projeto terapêutico”, estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir em saúde diante do “caso” concreto apresentado, o que nos obriga a pensá-lo como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização.

Vive, desse modo, a tensão de fazer esse papel sempre em um sentido “duo”: como um “clínico”, por travar relações interseçoras com o usuário, produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico, como procuramos expressar no diagrama abaixo:



Creemos, que um modelo em defesa da vida está mais baseado nessas possibilidades, mas isso não deve nos levar a desconhecer a importância dos modos específicos de se produzir profissionalmente os atos em saúde, pois o que temos que almejar é essa nova possibilidade de explorar melhor esse território comum para ampliar a própria clínica de cada território em particular, o que levará, sem dúvida, a ampliar a própria eficácia do núcleo específico de ação.

De posse dessas reflexões, se estivéssemos analisando um outro estabelecimento que não uma pensão protegida, mas um hospital geral de clínica, a nossa análise seria semelhante, mas sofreria certos deslocamentos.

Nesses estabelecimentos, espera-se, atualmente, em termos de missões, que os mesmos tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e o de enfermagem, só que isso é feito hoje pelo domínio que o agir médico impõe

hegemonicamente para os outros recortes, e o que é pior, dentro de um modelo de ação clínica do médico empobrecedora ou mesmo anuladora do núcleo cuidador.

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento desse tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados no interior da equipe quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias, são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

Esse modelo deve também estar atento aos processos organizacionais, que, nessas novas articulações do núcleo cuidador, possibilitam ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com os interesses dos usuários acima de tudo e mais transparentes para processos de avaliações coletivas.

Creemos que só a criação institucional da responsabilização dos profissionais e das equipes por esses atos cuidadores é que poderá redesenhar o modo de trabalhar em serviços de saúde como um todo, através, por exemplo, de dispositivos como a “amarração” referencial entre equipes e usuários, por processos terapêuticos individuais.

Creio que a melhor maneira de se aproveitar o que já foi dito sobre a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensá-lo na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário é procurar analisar experiências que têm ambicionado esse resultado.

Antes disso, chamo a atenção para três questões básicas que até agora se mostraram vitais neste texto:

- uma diz respeito ao fato de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam e no modo como representam o processo saúde e doença;
- a outra faz referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesses do usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior;
- e, por último, a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre esse terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo (uma coletânea só sobre esse tema está sendo produzida, tendo como pano de fundo a discussão sobre se o conhecimento é ou não ferramenta para a gestão).

Além disso, parece-me que um grande desafio dos que se preocupam com os processos de gerenciamento do cuidado em saúde, no interior dos estabelecimentos, é procurar a combinação ótima entre eficiência das ações e a produção de resultados usuários centrados, isto é, é procurar a produção do melhor cuidado em saúde, aqui considerado como o que resulta em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Só que, para isso, há que se conseguir uma combinação ótima entre a capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

Considero, como desafio, ter que pensar sobre o matriciamento necessário no dia-a-dia dos serviços de saúde, entre os processos produtivos – transdisciplinares e multireferenciados –, tanto os que resultam em procedimentos bem definidos, quanto os que estão implicados com os atos cuidadores, de tal maneira que os gestores dos atos cuidadores sejam os responsáveis, perante o usuário e o estabelecimento de saúde, pela realização das finalidades da produção do cuidado.

Gerencialmente, é possível matriciar toda a organização de saúde conforme o desenho abaixo, procurando construir a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI (projeto terapêutico individual), usuário centrado, perante o estabelecimento, mas, quando ligado a uma unidade de produção de procedimento bem definida, responde pelo produto que essa unidade tem como sua identidade ao gestor do cuidado. Este é aquele que o serviço toma como seu referencial para a produção dos resultados principais do estabelecimento.

No quadro adiante, esboço um pouco dessa idéia para contribuir com a reflexão proposta, até agora.

Unidade de produção de procedimento	Unidade de produção de imagens	Unidade de produção de cirurgias	Unidade de produção de exames de laboratório	Unidade de produção de nutrição e dietética	Unidade de produção de internação	
Gestor do cuidado						
Gestor do cuidado do paciente X	R-x de abdômen com laudo definido		Exames de sangue e de urina realizados	Alimentação balanceada produzida	Internação na enfermaria de adulto realizada	O gestor do paciente X é o responsável pela produção do PTI, feito com a ajuda de uma equipe de referência e passa a administrar as relações com as unidades de produção que necessita para compor o cuidado, além de ser o cuidador vinculado ao paciente X. É quem responde pelo paciente diante do estabelecimento

Adiante, seguem algumas perguntas que irão exigir certas reflexões em torno da discussão em pauta e de suas contribuições para pensar o ensino em saúde e, depois, ainda há mais um texto de apoio, como bibliografia auxiliar.

Perguntas para reflexão

- Como imaginar a formação de um profissional que consiga ter competência específica para produzir os procedimentos atinentes ao seu campo de ação e, ao mesmo tempo, se constituir como um cuidador comprometido com a cura, a promoção e a proteção da saúde no plano individual e coletivo?

- Qual o significado da aposta: formar um médico que seja, ao mesmo tempo, um cuidador competente (em qualquer situação de intervenção em saúde) e domine um território específico desse campo de intervenção?
- Qual seria a composição da sua caixa de ferramentas, que saberes tecnológicos e práticas técnicas fazem parte dessa caixa?
- Como os docentes das escolas deveriam atuar? Seria possível ser um docente desse projeto sendo só um excelente produtor de procedimentos, dominador de um território específico?
- Mas, ao mesmo tempo, como imaginar que alguém que tenha que estar voltado para a produção de um produto bem definido, como um laudo de imagem ou mesmo como uma cirurgia bem realizada, seja um cuidador por excelência, sabendo atuar em equipe?
- Como preservar os ganhos em eficácia das ações especializadas com a necessidade de uma rede de serviços cuidadora e resolutiva no plano individual e coletivo?
- Qual profissional médico a escola médica se compromete a produzir nos seus seis anos de ensino? E que lugar os docentes ocupam nesse processo?
- Será que a escola não deveria ser um lugar de práticas onde haveria o permanente encontro de processos cuidadores, que envolvessem docentes e alunos, com processos produtores de procedimentos específicos?
- Ensino tutorial teria alguma resposta para isso? Seria suficiente ou o modelo de atenção a saúde da escola é fundamental?
- É possível imaginar uma escola médica comprometida centralmente com um modelo usuário centrado, integral e cuidador, amarrado à defesa da vida individual e coletiva?

Um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo: pensando sobre as lógicas do trabalho em saúde ⁵

Em saúde, antes de tudo, se produz “bens relações”, produtos de processos interseçores

Para realizarmos a nossa reflexão, vamos partir do conceito de “interseçores” que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro “Conversações”, que, com esse termo, pretende “figurar” a intersecção que ele e Guattari constituíram na produção do livro “Anti-Edipo”, procurando passar a idéia de que essa junção não foi uma simples somatória de um com o outro e, muito menos, que aquele livro foi um produto de quatro mãos, mas sim o resultado de um processo singular, constituído pelo encontro dos dois em um único momento.

O uso desse termo é, portanto, para designar o espaço de relação que se produz no encontro de “sujeitos”, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os “dois” em ato, não tendo existência sem esse momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, desse sujeito coletivo novo que se formou.

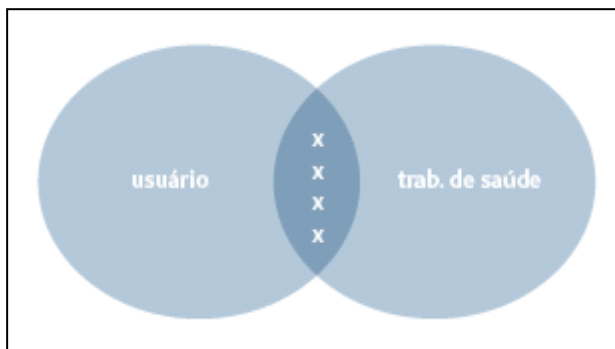
De posse dessa idéia, estamos querendo dizer também que, quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseçor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros e em ato.

A imagem desse espaço é semelhante ao da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressalvando que esse espaço não existe só nessa situação e nem só na saúde, pois, tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é interseçora, quanto em outros processos de trabalho, que não só o da saúde, também há os processos interseçores.

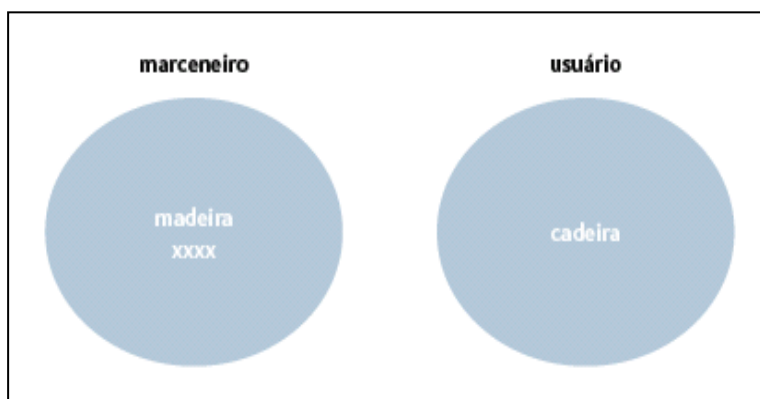
Desse modo, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, se tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

Vejamos isso de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas desse entendimento.

a) Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de assistência com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma “intersecção partilhada”:



b) Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento interseçor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”:



Essa distinção da constituição dos processos interseçores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor e os jogos entre necessidades ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração dessa dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a essas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços interseçores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal”.

Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de “intersecção partilhada”, com certeza esses tipos de modelo de assistência realizam-se com intensas perdas quanto ao mútuo processo instituinte, contido no momento da produção e consumo de atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho, é possível então pensarmos que:

1. No processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho.
2. No seu interior, há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por esses agentes, que podem até mesmo coincidirem.

O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo interseçor que se efetiva no cotidiano desses encontros pode nos revelar a maneira como esses agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades no interior desse processo de “intersecção partilhada”.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro. Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, esse é um posicionamento necessário para a ação, mas não pode ser um a priori para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições.

Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente que é seu constituidor no processo de trabalho, em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor, como a busca de um ato que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário no espaço interseçor partilhável.

O espaço interseçor é assim um lugar que revela essa disputa das distintas forças instituintes como necessidades e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isso é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços interseçores. A caixa-preta do jogo de necessidades, que ocorre entre o produtor e o consumidor, abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenção dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço interseçor será sempre partilhado, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento, porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

Esses são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações trabalho em saúde/consumo.

Os espaços interseções na saúde, as vozes e as escutas

Dentro dessa compreensão sobre a constituição do espaço interseção no processo de trabalho em saúde, é possível introduzirmos uma discussão da possibilidade de identificarmos situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, com a finalidade de se analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

Essa idéia de ruído vem da imagem de que, cotidianamente, as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominante e instituída seja rompida. Porém, esse rompimento é normalmente percebido como uma disfunção, como um desvio do normal, que deveria ocorrer.

Com ruído, queremos introduzir a noção, baseado em Fernando Flores⁶, de que a quebra do silêncio do cotidiano pode e deve ser percebida como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhos dos processos de ações dos agentes envolvidos e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento.

A possibilidade de escutar os ruídos do cotidiano institucional é parte de ferramentas analisadoras dos processos institucionais e pode permitir a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo interseção.

É nesse sentido que gostaríamos de explorar tal caminho pelo lado da constituição do espaço interseção como lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades-demandas.

Os construtores de um dado espaço interseção atuam instituintemente e, se um dado modelo tecno-assistencial como aquele que procura construir esse processo interseção partilhado como um processo objetual (veja o que foi falado mais atrás) não permite a plena expressão de um de seus partícipes, este não some, não apaga a sua presença desse espaço, mas age “ocultamente” em relação à possibilidade de sua não explicitação.

Quando, em um dado serviço de saúde, há o encontro de um usuário com um trabalhador de saúde – qualquer um deles ou mesmo um usuário coletivo – forma-se um jogo de necessidades no qual o usuário coloca, pelo menos, a sua perspectiva de que naquele processo de “consumir” atos de saúde (ou pelo menos o que ele entende por isso) vai haver um ganho seu em termos de controlar problemas que identifica como necessidades de saúde e para os quais aquele momento parece construir um caminho de solução. Mas solução para o quê?

Para várias coisas. Para aplacar aquilo que considera como um sofrimento, tanto quanto para possibilitar que o seu “organismo” possa estar “bem” funcionalmente para continuar caminhando na sua vida. Isto é, associa aquele processo como uma possibilidade de retornar a um certo estado de exercício de sua autonomia no seu modo de andar a sua vida.

Não muito estranhamente, o trabalhador de saúde identifica aquele encontro também como o lugar de realizar soluções para várias questões. Mas quais? Depende dos interesses que o modelo de organização do trabalho em saúde explicita. Depende do modo como socialmente as distintas necessidades

do processo de trabalho em saúde são capturadas pelo modelo tecno-assistencial. Depende do universo ideológico do próprio trabalhador.

Assim, se for uma captura comprometida com um modelo médico hegemônico vinculado à medicina tecnológica, que coloca a produção de procedimentos como o principal produto a realizar – a “finalidade” do trabalho em saúde – pelo lado do trabalhador de saúde, a linha de força representada pelos usuários será anulada por um processo de não escuta de sua atuação e pela imposição, no espaço interseção, da voz única desse modelo no qual o usuário será só um “objeto” a viabilizar a ação de produção de procedimentos.

Ora, mesmo que isso ocorra, o usuário não deixará de estar ali e de continuar “desejando” o que ele queria daquele momento. E se isso não for viabilizado na produção dos atos pelo trabalhador de saúde, ele sai dali e vai atrás de outro processo de consumo que lhe possa trazer a idéia de satisfação e de produto/resultado realizado.

Em parte, o usuário será conformado pelo processo de produção, mas, na testagem que a vida lhe coloca no seu caminhar, em parte esse processo não consegue contê-lo plenamente (veja a imagem do interseção partilhado e a do objeto).

Essa situação se apresenta como um processo gerador de ruídos que podem ser “gerencialmente” escutados pelos trabalhadores de saúde, ou mesmo pelos usuários. Para tanto, podemos fazer perguntas para o modo como no espaço interseção se concretiza a produção de processos típicos desse espaço enquanto um lugar de efetivação de ações suportadas por um universo de “tecnologias leves”, de tecnologias de “relações” que se concretizam com a produção de “produtos” simbólicos, básicos para operar esse tipo de processo de trabalho.

Destacamos como produtos desse tipo, à semelhança do jogo transferencial nos processos psicanalíticos, o acolhimento e o vínculo que são construídos nesse espaço em ato, permanentemente. E estamos indicando que a pergunta sobre os mesmos pode mostrar como se dá a construção de um dado modelo tecno-assistencial do ponto de vista do jogo instituinte das necessidades entre o trabalhador e o usuário. Revelando a situação vital ocupada pelo trabalho vivo em ato no interior do processo de trabalho em saúde e evidenciando como no interior dos processos cotidianos dos serviços se produzem as vozes, as escutas e os silêncios entre os trabalhadores e os usuários, expressos em formas definidas nos modelos de atenção construídos no interior dos equipamentos de saúde.

Desse modo, a busca é a de colocar sob interrogação o encontro trabalhador-usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber distintas linhas de fuga que podem abrir esse processo a novos significados ético-políticos e operativos. Com essas interrogações, pode-se procurar colocar em cheque a natureza pública e privada desse encontro, os processos de captura a que o trabalho vivo está subordinado e os tipos de interesses que predominam nesse espaço, os ocultamentos e “abafamentos”.

Criar ferramentas para um olhar analisador, nesse sentido, então, é conseguir operar no interior dessas próprias lógicas e torná-las ruidosas, e assim temas públicos para o coletivo/“equipe de saúde”, inclusive nas suas relações com os usuários.

Nesse sentido, entendemos que há dispositivos “naturais” desse processo descolados da própria tecnologia leve que opera nesses espaços interseção, como, por exemplo, o acolhimento, que tem um grande poder de gerar ruídos por expor mais claramente a razão ético-política, e não só instrumental, que opera no seu interior. Entretanto, podemos também criar dispositivos “artificiais” que possam interrogar

esses processos instituintes e instituídos; alguns experimentos dos quais temos participado têm mostrado uma certa eficácia interessante no repensar o trabalho em saúde. Nesse particular, temos trabalhado com a construção de ferramentas, como, por exemplo, fluxogramas e redes de petições e compromissos, analisadoras desses encontros singulares.

Dos ruídos do cotidiano a novos modos de gerir e trabalhar em saúde – algumas ferramentas que armam os olhares analisadores

Com a compreensão dessas questões, não fica difícil entender a possibilidade de se criar analisadores institucionais sobre o espaço interseção em saúde, que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com essa “tecnologia leve das relações” e como produz esses “produtos da intersecção”, que consideramos como “bens relações” fundamentais em saúde; e que também permitem analisar o modo como o processo de gestão do trabalho se realiza apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada desse processo.

Através da interrogação que podemos realizar sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento, podemos demonstrar a potencialidade desse caminho para repensar o processo de trabalho em saúde e da abertura que permite para se olhar o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial.

Vale a pena, antes, falar um pouco sobre o que pode significar a perspectiva de operar em um terreno que pretende criar “ferramentas” para intervir em processos institucionais. Parece-nos que isso não deva ser muito próximo ao modo como se atua em processos produtivos, mais diretamente vinculados à realização de um produto material explícito e bem definido; além de ter algumas implicações distintas sobre a compreensão do que deva ser entendimento sob a ótica de saber tecnológico.

Como já dissemos em vários outros momentos, tecnologia não é confundida aqui com instrumento (equipamento) tecnológico e nem é valorizada como algo necessariamente positivo, pois damos a esse termo uma imagem dos saberes que permitem, em um processo de trabalho específico, operar sobre recursos na realização de finalidades perseguidas e postas para esse processo produtivo.

Desse modo, uma máquina como um computador não seria em si uma tecnologia, mas um equipamento tecnológico, expressão de uma tecnologia, que se apresenta para nós como saberes que buscam na máquina-computador uma ferramenta que possibilita operar com processamentos rápidos e massivos de dados, por exemplo. A tecnologia seria então o saber ou saberes que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente colocadas para os processos de trabalhos que lhe são pertinentes.

Por isso, tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos, por serem saberes que são produzidos de modo compromissado, com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida, como a saúde e a doença”. E que estão, desse modo, imediatamente implicados com processos de intervenção. São distintos, nessa dimensão, em relação a outros saberes que não tenham essa implicação imediata.

Entretanto, isso não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo conhecimento sobre a realidade, de modo não imediatamente comprometido com a ação operatória. Um saber tecnológico opera

em uma dobra na qual, de um lado, expressa seu compromisso com a “razão instrumental”, e, de outro, com a “razão teórica”. Devendo, como tal, estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas as dimensões.

De um lado reverso, um saber que se proponha a ser conhecimento científico mais do que tecnológico também nos apresenta essa dobra de revelar “o mundo” e de permitir uma ação sobre o mesmo.

Mas, aqui estamos operando com saberes que têm uma distinção importante a considerar, desde que, como um saber tecnológico, está imediatamente referido e concretizado em processos de trabalhos bem definidos, que expõem diretamente suas intencionalidades.

Entretanto, tudo indica que, quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento), a situação é um pouco distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como o realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo o processo incorporador de máquinas-ferramentas), e isso nos coloca que, no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações (como é o caso do acolhimento ou do vínculo), o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do trabalho vivo em ato. O que também permite-nos redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre é em processo, em produção (aqui há que rever a noção cara às políticas de saúde pública, que operam com o conceito de escassez permanente e prioridade focal excludente).

Por isso, procurar ferramentas para operar sobre relações institucionais é uma tarefa um pouco mais árdua do que estar tratando de um processo bem definido e normatizado, pois vem impregnada de uma quase igual importância, tanto do seu lado de instrumentalizar a ação humana de intervir na realidade como em um processo de trabalho, quanto do seu lado de estar revelando “o mundo” e seus sentidos e significados para os “operadores/interventores”. Pois estamos diante de uma situação muito parecida com a dinâmica do trabalho vivo na saúde, que nos coloca perante uma realidade operatória que é sempre um “em processo”, um “dando”, no qual os homens são, ao mesmo tempo, operadores, sujeitos e objetos dos trabalhos-intervenções.

A perspectiva de construir analisadores ruidosos para compreender processos de trabalho em saúde é marcada pela idéia, pouco positiva, de criar dispositivos que tenham o compromisso com a abertura de linhas de fuga em processos instituídos, mais do que com a produção de receitas sobre como construir o trabalho de saúde correto e certo.

A criação desses dispositivos não obedece a um processo aleatório qualquer, pois, como já dissemos, os mesmos estão marcados pelas distintas lógicas instituintes que operam no interior dos processos de trabalho em saúde. Assim, tomar os processos instituintes que operam no interior dos espaços interseções e tentar operar com ferramentas-dispositivos que “abrem” essas presenças lógicas é uma perspectiva vital para criar “olhares analisadores ruidosos” sobre o modo como se constituem as práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidade e seus modelos de gestão.

Em algumas experiências em serviços que vivenciamos, estivemos diante de uma situação problema que mostrava que um determinado grupo populacional – crianças desnutridas – só tinham acesso aos serviços da rede básica de saúde quando estavam “sem problema imediato”, pois, sempre que apresentavam uma “intercorrência”, eram recusadas (nunca tinha vaga, filas enormes para chegarem à recepção, etc.) e acabavam sendo atendidas em um “pronto-atendimento” qualquer, sem o mínimo compromisso médico-sanitário e sem capacidade resolutive.

Diante de uma situação desse tipo, consideramos como fundamental colocar o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação e produzindo um certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar, para que, a partir de então, interrogassem o seu cotidiano e pensassem sobre a situação problema.

Trabalhamos intensamente uma ferramenta analisadora, o fluxograma analisador⁷, e fizemos coletivamente uma análise dos processos de acolhimento que permeavam o modelo de atenção em pauta.

Acolhimento que, inclusive, adquiriu nas discussões uma dupla dimensão, pois, se de um lado era uma etapa do conjunto do processo de trabalho realizado em serviços concretos, em particular no momento da recepção desses serviços, que estabelecia o modo como o serviço fazia o seu primeiro contato com a sua clientela, em um processo mútuo de reconhecimento – em que o usuário se reconhecia como cliente daquele serviço e o serviço o reconhecia como um usuário com direitos em relação aos serviços realizados – criando suas barreiras e mecanismos de acesso; por outro lado, era também uma tecnologia leve do processo interseção do trabalho em saúde, que ocorria em todos os lugares em que se constituíam os encontros trabalhadores-usuários.

Nessas experiências, vivenciamos um processo coletivo diretamente comprometido com a busca de ferramentas tecnológicas que procuravam mostrar, com mais clareza, o nosso papel de construtor e/ou fazedor de processos analisadores, que permitissem colocar em questão o espaço da gestão do processo de trabalho, lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si.

Com isso, conseguimos criar modos de operar no interior do processo de trabalho, nas unidades de saúde, no espaço dos “autogovernos”, situações interrogadoras da forma como opera o espaço da gestão (onde se decide a partir de pressupostos ético-políticos, que se refletem em lemas e missões, onde se intervém de modo público e/ou privado, com compromissos de responsabilizações mais ou menos aderidas aos usuários, etc.).

Além disso, colocou-se em cheque tanto o modo como se desdobravam as realizações de um trabalho em ato com um outro trabalho em ato, cristalizados nos processos interseções desses trabalhos como construção conjunta trabalhador-trabalhador; quanto aqueles cristalizados pela relação trabalhador-usuário, expressos nas práticas produtoras do acolhimento e do vínculo/responsabilização. Permitindo, assim, analisar o quanto os trabalhadores estão efetivamente comprometidos, ou não, com os processos de “autonomização” do usuário no seu modo de andar a vida e com as ações de defesa da vida individual e coletiva.

Essa busca de ferramentas disparadoras desses processos de interrogação sobre o trabalho vivo em ato, que podem abri-lo para novos modos instituintes, e a possibilidade de seu compartilhamento público no interior dos coletivos de trabalhadores foi o grande desafio desses trabalhos experimentados em serviços.

No que toca em particular à relação de intersecção de um trabalho em ato com outro em ato (trabalhador-trabalhador), operamos com uma ferramenta analisadora distinta do fluxograma e que é a rede de petição e compromisso, o que permitiu abrir a caixa-preta das relações micropolíticas institucionais, reveladora dos tipos efetivos de contratos de relações que os vários agentes institucionais em cena realizam entre si, em um processo silencioso, muitos dos quais obedecendo a um padrão do tipo “pacto da mediocridade”, no qual o usuário sai sempre como o grande prejudicado.

Essa rede pode ser organizada em qualquer situação na qual se identifique um certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas, que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam com linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição está expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico, uma rede de petição e compromisso para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional, governando recursos e fins.

Esses processos expõem, privilegiadamente, a dinâmica de prestador consumidor intra-equipamento, porém podemos também, com o mesmo, abrir o jogo de expectativas envolvido na relação entre o serviço e o usuário final das práticas de saúde, procurando problematizar as próprias disputas entre o que são necessidades do ponto de vista do modelo de atenção e do ponto de vista do usuário, abrindo uma reflexão sobre representações sociais do sofrimento, como doença, e dos agravos, como problemas de saúde, e o seu modo de incorporação pelos serviços, para, em última instância, perguntar: é desse jeito que vale a pena trabalhar? É isso mesmo que queremos produzir como resultados?

Nesse sentido e para se ter a possibilidade de viabilizar as respostas às questões acima, o conjunto das ferramentas analisadoras deve ter a capacidade de instrumentalizar o conjunto dos trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho, em pelo menos três campos de interrogações sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais:

- a. Devem ter a capacidade e sensibilidade, como qualquer instrumento, para abrir a caixa-preta sobre “o como” se trabalha e, nesse sentido, revelar qualitativamente o modo de operar cotidianamente a construção de um certo modelo de atenção em serviços concretos.
- b. Devem ter a capacidade e sensibilidade para revelar “o que” esse modo de trabalhar está produzindo e assim mostrar em que tipo de produtos e resultados se desemboca com esse modo de operar o cotidiano do trabalho em um dado serviço.
- c. Devem também, pelo menos, ter a capacidade e sensibilidade de permitir a interrogação sobre o “para que” se está trabalhando, tentando revelar os interesses efetivos que se impõem sobre a organização e realização cotidiana dos modelos de atenção nos diferentes serviços; esse momento é, privilegiadamente, uma interrogação sobre os princípios ético-políticos que comandam a existência de um serviço de saúde.

Conclusão

Com toda essa análise e exemplificações, estamos querendo demonstrar que as distintas experiências, que buscam a mudança efetiva do processo de trabalho em saúde, têm necessidade de incorporar novas questões ao nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde.

Destacamos que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde e que as configurações que adquirem passam necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato.

Destacamos, também, que mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo a priori de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo

possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

Procurando criar nos trabalhadores, através do uso de dispositivos interrogadores, a possibilidade de eles refletirem sobre duas questões-chave para a configuração de qualquer modelo de atenção preocupado centralmente com o usuário. Uma, que diz respeito ao modo como se usa privadamente – com um compromisso com o coletivo de forma restritiva e com uma maneira de se responsabilizar e prestar contas do que se faz dentro de limites do tipo corporativo – a capacidade e autonomia que todo trabalhador de saúde tem de “autogovernar” o seu trabalho, por ser, como trabalhador em ação, o próprio trabalho vivo em ato. E, nesse sentido, podendo-se interrogar a essência do modo como vem se instituindo a gestão do processo de trabalho, e a que interesses e intencionalidades ele obedece. E, outra, que coloca em dúvida o sentido dos modelos instituídos capturadores, seus conteúdos tecnológicos e possibilidades, abrindo a chance de pensar sobre seus pressupostos ético-políticos e sobre os procedimentos eficazes na produção dos resultados pretendidos, com a captura que fazem do trabalho vivo em ato, abrindo dúvidas quanto aos paradigmas perseguidos, permitindo interrogar mais sistematicamente os modelos que têm servido como predominantes e seus possíveis limites no modo como o trabalho vivo vem se conformando no seu interior.

Com essas descrições, o que temos interrogado e levado a campo é a relação entre o trabalho vivo em ato, que é capturado por esses modelos, e a possibilidade de que o mesmo seja desterritorializado e (re)capturado para gerar o oposto, isto é, um melhor equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos e uma diminuição da dependência, gerando maior autonomia dos “usuários” nos seus modos de andar as suas vidas.

Notas

1 O trecho destacado é parte do “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde”, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro “O SUS em Belo Horizonte” pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998.

2 Sobre tecnologias em saúde, consultar o livro “Agir em Saúde”, Hucitec, 1997, particularmente capítulos 2 e 3.

3 O trecho destacado é, também, parte do capítulo “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde”, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro “O SUS em Belo Horizonte” pela editora Xamã, em São Paulo, no ano de 1998.

4 Destacamos, como pontos de apoio para esse exercício, as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto “Notas sobre residência e especialidade médicas”, de G.W.S. Campos, M. Chakkour e R. Santos, publicado nos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas na rede de Belo Horizonte e no Serviço Cândido Ferreira.

5 O texto é parte de um capítulo escrito por Emerson Elias Merhy, do livro “Democracia e Saúde”, organizado por Sonia Maria Fleury Teixeira, publicado pela Editora Lemos, em 1996.

6 Flores, F. Inventando la empresa del siglo XXI. Chile: Hachete, 1989.

7 Veja com mais precisão no texto “Agir em Saúde”, já citado.

Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde

José Inácio Jardim Motta

Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

Paulo Buss

Fundação Oswaldo Cruz

Tânia Celeste Matos Nunes

Fundação Oswaldo Cruz

Desde as origens do Sistema Único de Saúde (SUS) já se vislumbravam dificuldades para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Dentre elas, já se destacavam as questões de recursos humanos e, em particular, o seu componente de desenvolvimento com demandas claras de qualificação e requalificação da força de trabalho.

Os avanços nos processos de gestão do sistema de saúde nos últimos anos vêm redefinindo, de forma dinâmica, as necessidades de requalificação, impondo exercícios de revisão dos modelos de formação até então adotados, tendo os princípios e pressupostos do SUS como foco alimentador das definições metodológicas e de conteúdos dos programas de formação. Esses esforços estão também articulados a elementos do campo da educação e do trabalho, em que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação assume papel fundamental quando reconhece a necessidade de construção de novos modelos de ensino e adota a noção de competência como estruturadora da base curricular.

Dentro desse marco, reconhece-se que o momento atual requer ajustes e releituras dos profissionais e das instituições para eleger estratégias e modelos de renovação coerentes com o contexto. Nesse sentido, a leitura de autores como Haddad facilita a compreensão de que é necessário “redefinir o objeto de trabalho e o espaço de ação do trabalhador de saúde no marco da sociedade em que vive, frente aos paradigmas de saúde e de bem-estar que esta sociedade adota e dentro dos parâmetros sociais, econômicos e políticos da realidade atual” (HADDAD et al, 1997, p. 6), propondo ações no campo educacional que possibilitem um avanço no conhecimento do trabalho em saúde, reconhecendo e valorizando o potencial formativo do trabalho.

Tomando essas referências como fundamentais, desenvolvemos nossas idéias a partir de dois eixos: a relação educação, formação e trabalho, problematizando a noção de “novas competências para o trabalho”; a institucionalização de sistemas de educação permanente, cuja referência principal é a estreita relação do processo formativo com o processo de trabalho em saúde. Ambas tomam a reconstrução do modelo de atenção à saúde como base principal de intervenção e fonte alimentadora dos processos pedagógicos.

Trabalho, Competências, Formação

Segundo Ianni (apud Motta, 1998) “o que caracteriza o mundo do trabalho no fim do século XX é que este se tornou realmente global”. Tais palavras refletem algumas grandes transformações que vêm ocorrendo no espaço da cultura e do trabalho. Com relação a este último, a transição de um modelo fordista de organização do trabalho, para um novo modelo denominado de “flexibilização produtiva”, acoplado à dinamização do mercado mundial amplamente favorecida pelas tecnologias eletrônicas, coloca novas formas e novos significados ao trabalho.

Ao analisar as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, principalmente a partir das duas últimas décadas, Deluiz (1996) adverte que a emergência dos processos de “acumulação flexível” tem gerado fenômenos tais como, “ampliação do trabalho precarizado e informal e da emergência de um trabalho revalorizado, no qual o trabalhador multiquilificado, polivalente, deve exercer, na automação, funções muito mais abstratas e intelectuais, implicando cada vez menos trabalho manual e cada vez mais manipulação simbólica”, e complementa que “é também exigido deste trabalhador, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, se auto-organizar e enfrentar situações em constantes mudanças”.

Essas novas exigências ao trabalhador situam o debate no campo educacional dentro do que vem sendo denominado de “novas competências para o trabalho”, vis a vis o conceito de qualificação. Esse debate tem gerado perspectivas diferentes sobre o conceito e a utilização do termo competência.

NUNES et al (2000, apud VALLE, 1997) citando Valle (1997) situam a discussão na perspectiva da incorporação de novos requisitos necessários ao trabalhador nessa nova conjuntura, apontando para ampliação do conjunto de capacidades exigidas como sendo de natureza “cognitiva” – capacidade de ler e interpretar a lógica funcional, capacidade de abstração, dedução estatística e expressão oral, escrita e visual; e de natureza “comportamental” – responsabilidade, capacidade de argumentação, de realizar trabalho em equipe, de iniciativa e exercício da autonomia e habilidade para negociação.

Para Deluiz (1996; 2001), a noção de competências surge na Europa a partir dos anos 80 e vem substituir a qualificação, um conceito-chave na sociologia do trabalho. Para a autora, o conceito de qualificação está vinculado à escolarização e sua correspondência no trabalho assalariado, portanto relacionado aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador. No modelo de competências, a aprendizagem seria orientada para a ação e a sua avaliação seria pautada nos resultados observáveis. Essa idéia é reforçada pela autora, quando cita Tanguy (1991, apud DELUIZ): “Competência é a capacidade de resolver um problema em uma situação dada. A competência baseia-se nos resultados”. A referida autora nos mostra que, na literatura corrente, a noção de competência é vista, em termos gerais, como a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural”.

Deluiz (1996) amplia o leque de novas competências requeridas ao trabalhador para além da dimensão cognitiva, intelectual e técnica, incorporando aquelas de natureza organizacional ou metódica, comunicativas, comportamentais, sociais e políticas.

Para Ramos (2001), esse debate situa o termo competências como um deslocamento conceitual do conceito de qualificação. A autora toma a qualificação como um conceito central na relação trabalho-educação e assume a natureza ampla desse conceito, que pode albergar desde a idéia de qualificação para o trabalho até o de se estar socialmente qualificado para o mesmo.

De qualquer forma, o conceito de qualificação conteria uma dimensão conceitual, expresso pela existência de uma certificação; uma dimensão social, expressa pelo conjunto de direitos advindos do processo de certificação; e uma dimensão instrumental, que se processa no ato do trabalho em que a subjetividade do trabalhador é referida. Assim, o termo competências inscreve-se como uma sobrevalorização da dimensão instrumental da qualificação, a partir da revalorização da subjetividade do trabalhador no processo de trabalho.

O debate sobre competências profissionais vem alcançando o setor saúde, principalmente no que se refere ao campo da formação profissional. No plano legal, esse debate se insere no contexto definido pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Todavia, ainda que legalmente sustentado, há um extenso caminho a ser percorrido na definição de modelos de formação profissional pertinentes. Apenas para exemplificar um dos desafios ainda não totalmente equacionado, Ramos (2001, p. 80) afirma que “um sistema de competência profissional é integrado por três subsistemas: a) normalização das competências; b) formação por competências; c) avaliação e certificação por competências”. Dessa forma, para estruturar, no campo da formação profissional em saúde, um sistema de competências profissionais, em tese é preciso estruturar os três subsistemas que o compõem. No entanto, o que se tem observado, segundo a autora, é que, na maioria das vezes, os chamados currículos por competências nada mais são do que currículos pautados em normas de competência.

Para Ramos (2001, p. 82), um currículo por competências “corresponderia a um conjunto de experiências de aprendizagens concretas e práticas, focadas em atividades que se realizam nos contextos ou situações reais do trabalho (...) a formação por competências privilegiaria a aprendizagem em ritmo individual, gradual e o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação”.

Assim, ainda que possamos reconhecer a necessidade de se (re)conformar os modelos de formação profissional no campo da saúde, pautados numa lógica de novas competências profissionais, serão necessários muitos exercícios de aplicação que possibilitem configurar novas metodologias de ensino-aprendizagem. Ainda que absorvida de modo incipiente pelo setor saúde, essa noção tem sido fundamental para a definição de perfis profissionais para um novo modelo de atenção à saúde.

Trabalho, Educação, Requalificação e Educação Permanente

A idéia de que os processos educacionais são contínuos ou permanentes é tão antiga quanto a própria história do homem. No entanto, só no início do século XX é que formalmente se organizaram programas de educação continuada. A partir de então, cresce no mundo o reconhecimento da necessidade de se instituírem programas de educação continuada ou permanente. Apesar desse crescente consenso, as

dificuldades de se implantar/implementar programas que, de fato, respondam as necessidades de qualificação apontadas pela dinâmica do trabalho tornam-se cada vez mais evidentes.

Parte dessas dificuldades podem ser analisadas a partir de níveis diferenciados, que podemos denominar de conceitual, metodológico e contextual, como veremos a seguir.

- De natureza conceitual: é preciso compreender os conceitos que permeiam as idéias e as possíveis distinções entre os termos educação continuada e educação permanente.
- De natureza metodológica: é preciso estabelecer diálogos ao processo de trabalho em saúde, de forma que possa, de fato, informar sobre os problemas do trabalho e suas possíveis estratégias educacionais de enfrentamento.
- De natureza contextual: é preciso aprofundar a compreensão dos novos contextos em que se dá a organização do trabalho, assim como o papel das novas competências profissionais na dinâmica do trabalho.

Para alguns autores, as distinções entre os termos continuada e permanente têm origem no que se poderia chamar de “matrizes de origem diversa”, ou seja, na compreensão de que esses processos possuem uma matriz histórica comum, mas originadas a partir de diferentes motivações. Poderíamos citar desde o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que o mundo experimentou a partir dos anos 50, até a crise dos sistemas educacionais tão bem expressa pelos acontecimentos de maio de 68 na França.

No setor saúde, segundo Ricas (1994), os termos continuada e permanente, embora não opostos, conferem especificidade ao processo ensino/aprendizagem. Segundo Motta (1998), o termo permanente, largamente difundido pela OPS, “teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem”. Já o termo continuada, segundo Ricas (1994), “englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”.

Além das distinções de natureza conceitual e metodológica, falamos de uma modalidade educacional que se relaciona diretamente com o processo de trabalho. Referimo-nos, portanto, a trabalho enquanto processo, o que significa “compreender como os elementos que constituem esse processo são representados pelos diferentes atores. Implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões” (Ribeiro & Motta, 1996, p. 7). Assim, não basta ter uma opção teórico-conceitual para o desenvolvimento desses programas, é preciso reconhecer que esses processos operam sobre relações de trabalho enquanto relações sociais, que envolvem diferentes atores, com diferentes intencionalidades, concretizando-se, portanto, em um trabalho imerso em conflitos.

Assim, ao se falar de processos de educação permanente ou continuada, é preciso ter clareza que alguns caminhos precisam ser percorridos: distinções conceituais; relação num mesmo sistema das demandas originadas a partir dos mecanismos de educação continuada e de educação permanente; a organização do trabalho em saúde e os “hábitos institucionais” enquanto culturas que impregnam as dinâmicas das instituições; os conflitos gerados no interior das relações de trabalho, etc. Não perdendo de vista que a implantação e implementação desses sistemas se dão num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo um vácuo na formação das profissões de saúde, o que impõem a urgência na reformulação dos modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional.

Novos Desafios

As reflexões aqui colocadas nos remetem a pensar num emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde. Suas ferramentas agregam valores ao processo de planejamento das ações de ensino, mas desafiam os educadores da sua área a buscarem uma nova arquitetura para a construção de oportunidades afinadas com a nova conjuntura.

Há que se considerar que essas novas referências favorecem o deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho, onde a “rubrica” de educação permanente aparece como mediadora importante. Essa opção, no entanto, requer ações de caráter estratégico para a obtenção de impacto no sistema como um todo.

A convivência das dimensões local e nacional precisa ser permeada por estratégias pertinentes, onde as “REDES” têm operado de forma decisiva num processo dinâmico de “mobilização e organização”, sendo um caminho a ser adotado pelos gestores do sistema de saúde e pelas unidades de ensino que se relacionam com essa temática. Esse movimento permite a otimização de recursos e a potencialização de resultados, a eleição e o estímulo de porta-vozes mais habilitados para cada programa, com a identificação e a superação dos nós críticos que conformam a “teia” de desafios para o SUS, favorecendo a renovação da estratégia de integração entre ensino e serviço, com os créditos necessários ao capital de mobilização construído pelo setor saúde, na conformação da infra-estrutura educacional que o país e o Sistema Educacional e de Saúde hoje dispõem.

Referências

DELUIZ, Neise. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, maio/ago. 1996, p.15-21.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. Formação, Brasília, v. 1, n. 2, maio 2001, p. 5-16.

HADDAD, Jorge; PINEDA, E. P. Educación permanente de personal de salud: la gestión del trabajo-aprendizaje en los servicios de salud. Serie de Publicaciones Científico-Técnicas OPS, n. 17, 1997.

MOTTA, J.I.J. Educação permanente em saúde: da política do consenso à construção do dissenso. Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998. [Dissertação de Mestrado].

NUNES, T.C.M.; MARTINS, M.I.C.; SÓRIO, R.E.R. Proposições e estratégias de transformação dos recursos humanos em profissionais de saúde comprometidos com um sistema de saúde acessível, qualificado, sensível e humanizado. Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 2000.

RAMOS, Marise, N. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

RAMOS, Marise. Qualificação, Competências e Certificação: visão educacional. Formação, Brasília, v. 1, n. 2, maio 2001, p.17-26.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Divulgação em Saúde Para Debate, n.12, jul. 1996, p. 39-44.

RICAS, J. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 1994. [Tese de Doutorado].

VALLE, R. Mudanças Tecnológicas na Indústria e seus efeitos sobre o Trabalho. In: Seminário a Formação Técnica em Biotecnologia: Perspectivas de Tendências no Mundo do Trabalho. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 1997.

Referência Bibliográfica destes artigos:

MERHY, Emerson Elias. *O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MOTTA, José Inácio J.; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia C. Matos. *Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em Saúde*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.174-181. (Série B. Textos Básicos de Saúde)