

Túlio Batista Franco

**OS PROCESSOS DE TRABALHO E A MUDANÇA DO
MODELO TECNOASSISTENCIAL EM SAÚDE.**

Tese de mestrado apresentada
A Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas
Para obtenção do título de mestre em
saúde coletiva

**ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR EMERSON ELIAS MERHY
FCM/DMPS/UNICAMP**

Campinas, agosto de 1999..

9618786

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 02 de Agosto de 1999.

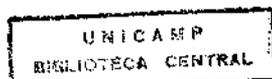

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

**OS PROCESSOS DE TRABALHO E A MUDANÇA
DO MODELO TECNOASSISTENCIAL EM SAÚDE**

AUTOR: Túlio Batista Franco

ORIENTADOR: Professor Doutor Emerson Elias Merhy

Campinas, agosto de 1999.



Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Membros:

1. *Maria Cláudia Jam.*
2. *Traci*
3. *Cláudia*

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 02/08/1999

Dedico este trabalho a
Wanderlei Silva Bueno
(in memoriam).

Pela generosidade,
a sensível sabedoria e
a acolhida necessárias ao início desta
caminhada. Minha eterna gratidão.

Túlio Batista Franco.

Agradecimentos

a todos os trabalhadores de saúde, que no labor diário dos serviços, praticam a assistência com base em um modelo tecnoassistencial, usuário centrado, representados aqui pelos que trabalham na Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche (Betim-MG).

Aos profissionais do Serviço Social do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp, que se dispuseram a trabalhar novas tecnologias de análises de serviços e têm portanto, sua contribuição inscrita nestas páginas.

A todos os professores, funcionários e colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, que muito contribuíram para que este trabalho se realizasse.

Especialmente, ao Professor Emerson Elias Merhy, que me foi indicando caminhos, ousando pensar o novo, ajudando a descobrir fontes de esperança em um momento particularmente difícil para a produção de cidadanias, relações e tecnologias “produtoras do cuidado” nos serviços de saúde.

Túlio Batista Franco

“O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade..”

“Desde a mais remota antigüidade, assistimos a um drama de perversas conseqüências: a ruptura entre trabalho e cuidado. Pelo menos desde o neolítico, há dez mil anos, lentamente começou a predominar o trabalho como busca frenética de eficácia, como afã nervoso de produção e ânsia incontida de subjugação da Terra. Os últimos séculos, entretanto, especialmente a partir do processo industrialista do século XVIII, se caracterizaram pela ditadura do modo-de-ser-trabalho como intervenção, produção e dominação.”

“O cuidado não se opõe ao trabalho mas lhe confere uma tonalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma Realidade fontal. ... Não existe, co-existe com todos os outros. A relação não é de domínio sobre, mas de con-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão”.

(Leonardo Boff - Saber Cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra; cap. VII; Editora Vozes, 1999)

SUMÁRIO

1. Introdução	05
2. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG	38
2.1. Resumo	39
2.2. Parte I - O que é isso e Acolhimento.	42
2.3. Parte II - Relato de uma Experiência	44
2.3.1 Caracterização Geral da Unidade	45
2.3.2 Antes do Acolhimento	46
2.3.3 Em que consiste o Acolhimento enquanto diretriz operacional	46
2.3.4 Implantação do Acolhimento	47
2.3.5 O Processo de Trabalho no Acolhimento	49
2.3.6 Os números do Acolhimento	53
2.3.7 A Gestão da Unidade com Acolhimento	60
2.4. Parte III - Concluindo	62
2.4.1 O Acolhimento como fator de mudança	62
2.4.2 Problemas de primeira hora	65
2.4.3 Limites do Acolhimento	67
2.4.4 Desafios para a consolidação da inversão do Modelo Assistencial	68
3. PSF: Contradições de Um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial	72
3.1. Parte I - A Guisa de Introdução	74
3.1.1 O Aparecimento da Saúde Pública como Política	78
3.1.2 As variações econômicas como determinantes dos modelos tecnoassistenciais para a saúde	83

3.1.3 Como se perfilam os Modelos Tecnoassistenciais para a Saúde	86
3.1.4 O Desenvolvimento do Modelo Médico Hegemônico ou “Procedimento Centrado”	91
3.1.5 O Desenvolvimento da Medicina Comunitária	93
3.1.6 Os anos 70 e a consolidação de um novo paradigma para os serviços de saúde	96
3.1.7 A declaração de Alma Ata	99
3.1.8 A crise do Welfare State e o modelo neoliberal para a saúde	101
3.2. Parte II - O PSF em Foco: Discutindo seu ideal racionalizador	116
3.2.1 PSF e suas similaridades com a medicina comunitária e os cuidados primários em saúde	117
3.2.2 PSF: Territorialização, Adscrição de Clientela. Discutindo seu núcleo estrutural	119
3.2.3 O Nascimento do “Território Processo”	119
3.2.4 O Nascimento da idéia de Vínculo	123
3.2.5 Estrutura e Organização do PSF	126
3.2.6 Sobre a força de atração do PSF	135
3.2.7 O PSF, o processo de trabalho em saúde e o mito da Esfinge “decifra-me ou te devoro”	137
3.2.8 O PSF diante do processo de trabalho em saúde e suas tecnologias	141
3.2.9 Conclusão	143
4. O Uso de ferramentas analisadoras de serviços de saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)	150
4.1. Introdução	153
4.2. Respondendo o para quê? ou falando da estratégia	155

4.3. Respondendo o a quem? se destina esse trabalho	156
4.4. Respondendo ao como? formar sujeitos no processo de análise de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde	159
4.5. O Caso do Serviço Social do HC-Unicamp	161
4.5.1 Caracterização do Serviço Social do HC-Unicamp	161
4.5.2 Relato	162
4.5.3 A construção da rede de petição e compromissos	163
4.5.4 O Fluxograma como analisador da micropolítica dos processos produtivos	170
5. Conclusão dos artigos apresentados neste trabalho	185

4.3. Respondendo o a quem? se destina esse trabalho	156
4.4. Respondendo ao como? formar sujeitos no processo de análise de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde	159
4.5. O Caso do Serviço Social do HC-Unicamp	161
4.5.1 Caracterização do Serviço Social do HC-Unicamp	161
4.5.2 Relato	162
4.5.3 A construção da rede de petição e compromissos	163
4.5.4 O Fluxograma como analisador da micropolítica dos processos produtivos	170
5. Conclusão dos artigos apresentados neste trabalho	185

LISTA DE ILUSTRAÇÕES:

“O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG)”.

1. Quadro 1 - População estimada da área de abrangência da UBS Rosa Capuche - Betim/MG, para o ano de 1996, de acordo com o IBGE.
2. Tabela 1 - Média Mensal de Atendimentos Realizados pelos Servidores da UBS Rosa Capuche, no Ano de 1995 e 1996. Média Mensal de Horas Trabalhadas e Rendimento dos Servidores.
3. Tabela 2 - Rendimento dos profissionais de nível superior, da UBS Rosa Capuche, por período de um ano, antes e após o Acolhimento.
4. Gráfico 1 - Rendimento dos profissionais de nível superior - Nº de consultas / Horas trabalhadas, da UBS Rosa Capuche - Betim; média de março 95 a agosto 96.
5. Tabela 3 - Distribuição dos problemas de saúde que se apresentaram à equipe de acolhimento da UBS Rosa Capuche, segundo a Resolubilidade e encaminhamentos adotados, apresentados em frequência relativa, por períodos mensais.
6. Gráfico 2 - Resolubilidade da Equipe de Acolhimento da UBS Rosa Capuche (Betim-MG) em frequência mensal, no período de março/96 a fevereiro/97.

PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial.

1. Figura 1 - Fluxograma resumido de uma Unidade Básica de Saúde.

O Uso De Ferramentas Analisadoras dos Serviços De Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).

1. Figura 1 - Demonstração gráfica da “Rede de Petição e Compromissos” da área de ambulatorios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
2. Figura 2 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” da entrada (acesso) do usuário à área de ambulatorios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
3. Figura 3 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” do caminho percorrido pelo usuario, da recepção até a consulta médica, na área de ambulatorios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
4. Figura 4 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” do “cardápio” de ofertas de procedimentos que se abre ao usuário, após a consulta médica, na área de ambulatorios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
5. Figura 5 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” do caminho percorrido pelo usuário, após ter sido vetado para o acesso a consulta médica, na tentativa de consegui-la, na área de ambulatorios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.
6. Figura 6 - Fluxograma descritor da área de ambulatorios do do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS:

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREM	Conselho Regional de Enfermagem
CPS	Cuidados Primários em Saúde
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GAG	Grupo de Apoio a Gestão
GDE	Grupo de Direção Estratégica
HC	Hospital de Clínicas
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LAPA	Laboratório de Adm. e Planejamento de Sistemas de Saúde
MC	Medicina Comunitária
MMH	Modelo Médico Hegemônico
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Des. Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde de Família
SESA	Secretaria de Saúde de Betim (MG)
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

O atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a “produção do cuidado”, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução.

O Acolhimento, se põe enquanto estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, chamando à reflexão questões como a privacidade e o individualismo com que os indivíduos exercem suas atividades, o grau de cooperação da equipe de saúde, a humanização das relações interpessoais, a sensibilidade de escuta às demandas dos usuários. Representou também o resgate do conhecimento técnico das equipes, possibilitando a intervenção das diversas categorias profissionais de saúde na assistência. Possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania e de como transpor para o cotidiano dos serviços a universalidade do acesso, a integralidade na assistência, a responsabilização clínica e sanitária para com a população usuária; num movimento que envolveu governo, trabalhadores e usuários para desenhar esse *novo* fazer em saúde, em defesa da vida.

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde.

O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico.

No final, falo de duas “ferramentas analisadoras”, quais sejam: O “fluxograma descritor”, é o fluxograma “usuário-centrado”, aplicado ao processo de trabalho. Esta

ferramenta mostrou-se potente para lançar “luz em áreas de sombra” sobre os fazeres cotidianos e revelar os nós críticos da produção dos serviços de saúde. A outra ferramenta, a “rede de petição e compromissos”, reproduz as demandas e pactos entre os diversos atores, na cena da produção da saúde. Funciona como questionadora da “rede de conversas” ao identificar os ruídos presentes nestas relações.

As duas ferramentas se mostraram potentes no objetivo de análise das micropolíticas de organização de serviços de saúde, oferecendo um olhar ampliado sobre problemas vividos neste lugar.

APRESENTAÇÃO

Esta tese foi composta sob o formato alternativo de produção original de artigos para revistas de circulação internacional, da Área de Saúde Coletiva, cujas normas foram seguidas para a composição dos textos apresentados. Devido ao fato do texto sobre Acolhimento ter sido inclusive aprovado para publicação pelo Caderno de Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, adotou-se as regras de edição desta revista como norma ordenadora.

Aos artigos produzidos foram acrescentadas uma introdução e uma conclusão, que dão a esta tese um formato não muito distinto das mais clássicas.

RESUMOS DOS ARTIGOS:

Título: O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG).

Autores: Túlio Batista Franco; Wanderlei Silva Bueno e Emerson Elias Merhy

RESUMO

Este trabalho relata experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, a partir da diretriz operacional do Acolhimento.

O Acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal.
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - "Equipe de Acolhimento" - , que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Através da investigação realizada, se pôde observar: A) aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores "não médicos", que passaram a atuar na

assistência. B) o elevado rendimento profissional, determinou por consequência maior oferta e o aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde. C) A “Equipe de Acolhimento”, dispositivo organizado para a escuta dos usuários que chegam à Unidade de Saúde, conseguiu, após 9 meses de experiência na assistência, resolver mais de 50% dos problemas de saúde, sem recorrer a outros recursos na Unidade.

Estes resultados, se associam à elevada motivação dos trabalhadores da saúde para trabalharem a nova diretriz e a uma experiência de gestão colegiada, que permitiu processos criativos e criadores no processo de trabalho, instituintes de novas práticas na operacionalização do trabalho.

Palavras-Chave Processo de Trabalho; Acolhimento, Acesso, Auto-análise, Autogestão

Título: PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial.

Autores:

Túlio Batista Franco

Emerson Elias Merhy

RESUMO

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde.

O atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a “produção do cuidado”, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução.

Palavras-Chave: Programa de Saúde da Família, PSF, Modelo Assistencial, Gestão, Planejamento, Processo de Trabalho.

Título: O Uso De Ferramentas Analisadoras Dos Serviços De Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).

Túlio Batista Franco

Emerson Elias Merhy

RESUMO:

A produção dos serviços de saúde operam em grande medida, em cima dos processos de trabalho. No entanto, eles têm se mostrado carentes de instrumentos que possam lançar um olhar crítico e interrogar as diversas formas como estes processos acontecem, no âmbito da micropolítica da sua organização. De outro lado, as relações que

se estabelecem no interior dos serviços de saúde, definem em grande medida o perfil da assistência, visto que elas podem ser por si, produtoras de saúde.

Ao analisar o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP, utilizaram-se de duas “ferramentas analisadoras”, quais sejam: O “fluxograma descritor”, que é o fluxograma “usuário-centrado”, aplicado ao processo de trabalho. Esta ferramenta mostrou-se potente para lançar “luz em áreas de sombra” sobre os fazeres cotidianos e revelar os nós críticos da produção dos serviços de saúde. A outra ferramenta, a “rede de petição e compromissos”, reproduz as demandas e pactos entre os diversos atores, na cena da produção da saúde. Funciona como questionadora da “rede de conversas” ao identificar os ruídos presentes nestas relações.

As duas ferramentas se mostraram potentes no objetivo de análise das micropolíticas de organização de serviços de saúde, oferecendo um olhar ampliado sobre problemas vividos neste lugar. Sua construção coletiva possibilita que simultaneamente à situação analítica, compareçam tecnologias de intervenção em serviços que possibilitam a construção de sujeitos coletivos neste mesmo processo.

Palavras Chave:

Gestão; Fluxograma; Rede de Petição; Planejamento; Sujeitos.

INTRODUÇÃO

O momento atual é marcado por uma dada crise da saúde pública no Brasil, que podemos considerar como uma crise de eficácia, na medida em que não consegue responder às necessidades da população; uma crise de legitimidade, dado a iniquidade presente na assistência à saúde e a não observância do princípio da universalidade, haja visto a baixa oferta de serviços em razão de uma certa configuração de modelo de assistência, que reduz sua capacidade produtiva e uma crise de financiamento de longa data. Estas crises ganham evidência com a super valorização do saber especializado, a partir da mudança dos currículos das escolas de medicina, feita sob inspiração do relatório Flexner (EUA, 1910). Acrescenta-se a este fator, os interesses econômicos expressos por grupos privados que atuam na área da saúde, seja na assistência direta ou na produção de insumos para o setor, notadamente medicamentos e equipamentos biomédicos. A incapacidade do Modelo Médico Hegemônico em responder a crise atual do sistema de saúde, levou à proposição de diferentes formas de organização da assistência no último período, notadamente a partir da década de 70.

Portanto, a história recente da saúde pública é marcada pela disputa de projetos alternativos de modelos tecnoassistenciais. Ganham notoriedade neste cenário, a proposta de SILOS (“Sistemas Locais de Saúde”, que tem como sua principal referência organizacional a OPAS. Este modelo aposta na distritalização como “o espaço onde se pode efetivamente materializar a luta pela transformação das relações entre a população o sistema e os serviços de saúde” (Cardoso, 1991 apud Silva Jr. 1998:72). Outra proposta que se fez presente neste cenário é a proposta de “Saudecidade”, referenciada no modelo canadense e implementada em Curitiba, adota o conceito de “Saúde para a cidade”,

envolvendo todos os setores da administração na criação de um espaço urbano que “potencialize a plenitude da vida” (Raggio, 1992 apud Silva Jr. 1998:92). Estas propostas partem de uma mesma matriz epistemológica, da vigilância à saúde.

Alternativamente, destaca-se o Modelo Em Defesa da Vida que “tem origem na sistematização de idéias e trabalhos de um grupo de profissionais de saúde que fundou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde - LAPA” (Silva Jr. 1998:100). Este modelo, ganha contornos definidos a partir da obra de Gastão Wagner de Sousa Campos, “Reforma da Reforma - Repensando a Saúde” (Hucitec, 1992), que no seu capítulo IV descreve uma nova forma de organização dos serviços de saúde, centrados no usuário. Relata o autor que o Centro de Saúde deve se organizar nas três áreas básicas, (saúde da criança, da mulher e do adulto) estruturando-se em equipes, às quais seriam adscritas determinada clientela, estabelecendo-se referências e responsabilizações entre os profissionais e usuários. Trabalha-se aqui uma nova estrutura dos serviços e uma nova organização do trabalho, configurados em torno da idéia geral de Vínculo.

Campos, justifica a estruturação de equipes como base da organização dos serviços de saúde, no sentido de “responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados”, e para “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” (Campos, 1992:152).

Em relação a processos e tecnologias de trabalho em saúde, uma referência importante diz respeito ao trabalho de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves; “Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde” (Hucitec /Abrasco; 1994). O autor faz aqui uma investigação para verificar as tecnologias de trabalho operantes nos centros de saúde da rede estadual de São Paulo. Partindo desse lugar, Gonçalves fala do mundo do

trabalho na produção de serviços de saúde, e descreve tecnologia como algo que vai muito além do que o senso comum pode perceber como máquinas ou instrumentos, embora estas estejam contempladas no conceito. “Por tecnologia se designa um conjunto de coisas, de objetos materiais, denotando primordialmente sua função técnica nos processos produtivos. (...) só ganham existência concreta no trabalho enquanto expressarem relações, provisoriamente adequadas, estabelecidas entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham, relações cuja adequação não se estabelece por referência à capacidade produtiva ou à eficácia útil dos instrumentos, mas com respeito às relações sociais de produção, organizados conforme as quais os homens então modificam a natureza e a história” (Gonçalves; 1994:15-16). (grifos meus).

A partir desta primeira afirmativa, o autor discute em diversos campos do conhecimento, várias questões, nucleares à temática dos processos e tecnologias de trabalho. Senão vejamos:

O objeto de trabalho da saúde é pensado por Gonçalves como o corpo humano, que está por sua natureza, determinado por toda a rede de relações a que o homem estabelece. Já referenciado em Canguilhem, segundo o qual este corpo não se resume à sua dimensão biológica, mas “antes de sua dimensão na Fisiologia e na Patologia, a realidade a que dizem respeito as noções de normal e patológico se constitui ao nível do que o autor (Canguilhem) designa como ‘modos de andar a vida’, enquanto campos de normatividade que ultrapassam os limites do corpo anátomo-fisiológico”. Neste sentido, o normal é visto não apenas pelos fatores relacionados ao corpo anátomo-fisiológico, mas como determinado socialmente, e esta normatividade está contida no objeto de trabalho do médico, enquanto expressão de um campo biológico e outro social, que se encontram na esfera do corpo.

Ao discutir também a clássica análise de Canguilhem, Campos dá consequência a este discurso, propondo utilizar o seguinte conceito de Cura: “curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do COEFICIENTE DE AUTONOMIA dessa própria pessoa”. (Campos, 1994:50). Isto significa que o resultado esperado ao final dos processos de trabalho desenvolvidos na rede de saúde, deveriam ser o de aumentar os graus de autonomia dos usuários, “para andar a vida”.

A questão fundamental aqui diz respeito a como elevar os graus de autonomia dos usuários dos serviços de saúde. Retornamos assim a discussão sobre a análise dos serviços de saúde atuais, dirigindo o debate para a identificação dos produtos que estes serviços oferecem e/ou deveriam oferecer, para atingir este resultado. Sobre esta questão, Emerson Elias Merhy ao analisar os serviços de saúde, sob o aspecto da centralidade dos seus processos e tecnologias de trabalho e os produtos que estes oferecem, conclui que o modelo tecnoassistencial Médico Hegemônico, praticado hoje na grande maioria dos serviços de saúde, se caracteriza como “procedimento centrado”, visto que, todo o processo de trabalho está voltado à produção de procedimentos (Merhy, 1998). A prática clínica que opera através de atos de “acolhimento, olhares, toques”, em “relações intercessoras” entre os profissionais e usuários, são por excelência, produtoras de saúde. Esta prática foi substituída por atos sumários da prescrição, ocorrendo o que o autor chama de “perda da dimensão cuidadora”. O autor, resgata o conceito do “cuidado em saúde”, entendendo-o como a prática clínica que de acordo com Merhy é desenvolvida por todos trabalhadores, chamando atenção para o fato de que “todo profissional de Saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de Saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente”. (Merhy, 1998:117).

Novamente voltamos ao debate em torno da mudança de modelos assistenciais, e por consequência, dos processos e tecnologias de trabalho em saúde, que são os temas nucleares sobre os quais repousa a possibilidade de mudanças reais na forma de organização da assistência à saúde. Este é o consenso existente nesta questão, ou seja, para mudar modelos tecnoassistenciais é necessário reorganizar o processo de trabalho.

Retomando as reflexões de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves sobre o tema, o autor considera que as tecnologias, que se expressam através de saberes e equipamentos, articuladas de determinada forma nos processos de trabalho, servem a um determinado fim, na medida em que se integram à dinâmica social, e assim obedecem a “motivações de ordem técnica e também a motivações de ordem econômica, política e social”. (Gonçalves; 1994:125). Ou seja, não há neutralidade no uso das tecnologias de trabalho em saúde, elas atendem a fins que são definidos de fora, perpassando o mundo econômico e político em primeiro lugar. Sem desconsiderar naturalmente que para se viabilizarem, elas operam em determinado ambiente institucional, sobre certos conhecimentos e saberes. A partir das reflexões de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, podemos concluir que os interesses de ordem econômica que historicamente deram perfil aos modelos tecnoassistenciais, como já foi mencionado, definiram por determinados núcleos de saberes, para operarem este mesmo modelo. Ou seja, o atual Modelo Médico Hegemônico utiliza das tecnologias que estão inscritas principalmente nas máquinas, nos medicamentos e no saber especializado para produzir saúde de acordo com seus interesses.

Gonçalves descreve que “a ‘novidade’ dos instrumentos de trabalho a ser incorporada, deve, por sua vez ser compreendida como subordinada ... a maior eficácia e a maior produtividade”, já que é apresentada como justificando-se através delas”.

(Gonçalves, 1994:17). Ora, pelos estudos existentes em relação aos modelos tecnoassistenciais, as tecnologias desenvolvidas pelo Modelo Médico Hegemônico não garantem nem uma coisa nem outra, sendo responsável pela atual crise do sistema de saúde, justamente porque é pouco eficaz e custoso, dado o uso maciço de tecnologias de maior complexidade para ações de diagnose e terapêutica, sem que aquelas sejam necessárias, na maioria dos casos. Gonçalves percebe que o caminho para a pesquisa em tecnologias de trabalho, não deveria centrar-se nos conceitos de “eficácia” e “eficiência”, por compreender que estas categorias poderiam expressar de forma apenas parcial o que é o processo de produção de saúde. Diz assim o autor: “Compreendendo porém a tecnologia, em sentido amplo, como tecnologia do processo de trabalho, as referidas investigações (da eficácia e eficiência) assumem o caráter de meios, de ‘tecnologias’ parciais para o controle de um processo cujo sentido geral passa então a poder ser conhecido, ganhando novo significado a pesquisa das funções, dos alcances, dos desempenhos, dos limites de utilização destes ou daqueles meios de trabalho específicos”. (Gonçalves; 1994:127). Grifos meus.

Gonçalves recorta seu objeto de estudo, “nas tecnologias do processo de trabalho, o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado”. No entanto, “a ênfase da pesquisa esteve voltada para a percepção dos aspectos não-materiais da operação do saber tecnológico empregado”. (Gonçalves; 1994:127). Descreve o autor que em São Paulo, no período Campanhista e da Polícia Sanitária, utilizou-se principalmente de instrumentos materiais, mas que posteriormente, com a introdução da “Educação Sanitária que os processos de trabalho passaram a valer-se de instrumentos não-materiais

(...) modificando-se progressivamente as competências do trabalhador coletivo e a forma de sua organização”. (idem).

Vê-se que Gonçalves entende por “instrumentos não-materiais” aqueles inscritos nas tecnologias ligadas à “Educação Sanitária”, ou seja, a processos que são por natureza pedagógicos, coletivos, comunicantes, relacionais por excelência. Discutindo no mesmo campo das tecnologias de trabalho em saúde Emerson Elias Merhy descreve-as como matriciadas em três categorias a saber: 1. Tecnologias duras, as que se inscrevem em máquinas e instrumentos. 2. Tecnologias leveduras, aquelas presentes nos conhecimentos técnicos estruturados, “é leve um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de Saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles; mas é dura à medida que é um saber fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado”. 3. Tecnologias leves, são as tecnologias das relações, presente em toda “abordagem assistencial de um trabalhador de Saúde junto a um usuário-paciente”. (Merhy; 1998:106). De acordo com o autor, a inversão dos modelos tecnoassistenciais, para uma modalidade “usuário centrada” nos serviços de saúde, está relacionado ao uso das tecnologias leves, invertendo o processo de trabalho existente hoje de “produtor de procedimentos”, centrado em tecnologias duras e leveduras para um outro, “produtor do cuidado”, que deve estar centrado em tecnologias leves/leveduras. (idem) Esta questão ganha centralidade no debate em torno da modelagem dos serviços de saúde, visto que há grandes investimentos de políticas e recursos na organização de serviços, apostando em novas estruturas, alternativas às propostas pelo Modelo Médico Hegemônico, sem contudo garantir que haja de fato uma inversão dos processos de trabalho e tecnologias de trabalho usados na produção de serviços de saúde.

Produzir saúde a partir do trabalho, significa fundamentalmente operar saberes, portanto a temática do conhecimento ganha centralidade nesta discussão. Ricardo Bruno considera o saber, como uma tecnologia de trabalho, e argumenta que sua investigação desloca-se para este campo específico, "... para o saber enquanto tecnologia, portanto, enquanto 'poder fazer', (...) operando práticas idênticas em aparência, mas completamente reorientadas no espaço social de sua realização". (Gonçalves, 1994:35). Debatendo no mesmo campo, Campos, Chakkour e Santos ao discutirem as especialidades médicas, descrevem a divisão do conhecimento em duas áreas de competências, sendo o "campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades" (...) e um "núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade". (Cadernos de Saúde Pública; Vol. 13, N.º 1, 1997:142) Trazendo a discussão do saber para o campo das tecnologias do trabalho em saúde para a produção do cuidado, Merhy propõe a articulação do núcleo específico de conhecimento com a dimensão de cuidador de todo profissional, considerando que a produção de saúde, ao ser comandada pelo conhecimento especializado, como é hoje, mata a ação cuidadora dos diversos profissionais, não apenas do médico. Diz que "na produção de um ato de Saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido, pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema". Esse recorte profissional é dado pelo núcleo especializado de conhecimentos dos diversos trabalhadores, seja médico, enfermeira, assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem e todos os outros. "Nestes núcleos operam centralmente as tecnologias duras e leveduras. Seja qual for a interseção 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 pertencem a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários”. (Merhy, 1998:114).

De acordo com Merhy, as tecnologias leves são o campo próprio do “trabalho vivo” que, ao não deixarem-se capturar pelo “trabalho morto”, operam em altos graus de liberdade, encontrando um terreno fértil a novas práticas em saúde. O trabalho vivo atua através dos pequenos atos do cotidiano, processos decisórios e micropoderes que se exercem no ambiente de trabalho e definem em grande medida o perfil e resolutividade da assistência que é oferecida. É a grande fonte de potências para diretrizes operacionais como a do Acolhimento, onde a ação micropolítica do processo de trabalho opera em alto grau de resolutividade, com interação entre diversos profissionais, onde trabalhadores e usuários juntos fazem os protagonismos na produção de saúde. Em arena de grande dinamismo, o trabalho vivo é em si instituinte, interroga as velhas rotinas e normas e resiste em se deixar capturar pelos instrumentos instituídos nos processos de trabalho. Se diferencia assim do trabalho morto, incorporado nos instrumentos e ferramentas utilizadas no processo de trabalho e que estrutura de forma pré-programada, a produção de saúde. A produção do cuidado requer o uso de tecnologias duras no processo de trabalho, mas o que se discute é o fato de que os serviços de saúde devem ser determinados por tecnologias leves, trabalho vivo dependentes, condição para um serviço centrado no usuário. (Merhy, 1997; 1998). Estas práticas precisam estar embasadas em uma nova ética do trabalho em saúde, organizada a partir dos princípios de solidariedade, acolhimento, vínculo/responsabilização e cidadania. Um serviço pautado por estes princípios, produz sujeitos entre os usuários e torna-os agentes da produção de saúde, junto com o trabalhador em relação.

Diversos autores (Donnangelo, 1976; Gonçalves, 1994; Merhy, 1992, Campos, 1994) descrevem que além da produção de um novo conhecimento para a organização da assistência à saúde, será necessário construir novos sujeitos, dotados de uma nova subjetividade, a fim de que a mudança dos serviços de saúde sejam de fato viáveis e perenes. Isto é um consenso cada vez mais firme nos debates em torno da saúde pública.

Se de um lado, o consenso em torno desta questão é grande, por outro reconhece-se que é talvez um problema mais difícil de ser enfrentado para a mudança nos processos de trabalho. É uma questão assaz complexa, onde os analistas institucionais comparecem com um campo de saber especializado, no sentido de ajudar a desvendar questões relacionadas à subjetividade nas instituições. Félix Guattari em sua obra “Caosmose” (Editora 34, 1992) nos diz que o “Agenciamento de Subjetivações” se dá a partir dos grupos sociais. Podem haver processos de subjetivações capitalísticos, homogeneamente presentes nas sociedades capitalistas e processos de subjetivações solidários, pautados por uma nova ética. Diz o autor que “a sobrevivência (da espécie humana) nesse planeta está ameaçada, não apenas pelas degradações ambientais mas também pela degenerescência do tecido das solidariedades sociais e dos modos de vida psíquicos que convêm literalmente reinventar. (...) A única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo” (Guattari, 1992:32-33).

O autor vai mais longe na sua discussão em torno da subjetividade, porque coloca-a como impulsionadora de mudanças, como construtora do devir, na discussão que faz do conceito de desejo. Guattari rejeita o conceito de desejo inscrito na tese do “complexo de Édipo” em Freud, que o coloca como a busca de algo experimentado e perdido no passado e que neste sentido, o desejo tem uma conotação de buscar repetir acontecimentos

passados, de REPRODUÇÃO; e adota um segundo significado, tirado do inconsciente primário descrito na obra Freudiana “A Interpretação dos Sonhos”. Aqui, o inconsciente é descrito como “algo em ebulição” e o desejo toma a configuração de busca do novo, ganhando potência criativa e neste sentido ele é PRODUÇÃO; produtivo de novas realidades. Assumindo portanto esta conotação, o desejo é impulsionador de mudanças, de construção do devir.¹

A questão que se discute portanto, é como produzir as mudanças nos serviços de saúde, operando de um lado um novo conhecimento e produzindo de outro um “sujeito-desejante”, dotado de uma nova subjetividade. Novamente Guattari comparece neste debate, nos indicando que “os dispositivos de produção de subjetividade podem existir em escala de megalópoles assim como em escala dos jogos de linguagem de um indivíduo. (...) As transformações sociais podem proceder em grande escala, por mutação de subjetividade ... Mas elas podem também se produzir em escala molecular - microfísica, no sentido de Foucault -, em uma atividade política, em uma cura analítica, na instalação de um dispositivo para mudar a vida da vizinhança, para mudar o modo de funcionamento de uma escola, de uma instituição psiquiátrica”. (Guattari, 1992:33-34).

Pois é introduzindo mudanças a partir dos pequenos espaços do cotidiano, na micropolítica dos processos de trabalho, constituindo coletivos solidários, capazes de trabalhar em interação de saberes e de criar momentos auto pedagógicos que se é capaz de criar algo novo nos estabelecimentos de saúde. Percebe-se portanto que o campo das subjetividades é também um lugar onde se opera tecnologicamente, se quisermos sair das intenções para os fazeres. Vários dispositivos têm sido propostos para acionarem as mudanças nos modelos tecnoassistenciais. Na esfera da gestão, propõe-se desde a criação

¹ Ver Deleuze, G. ; Guattari, F.; O Anti-Édipo; ASSÍRIO E ALVIM, Lisboa, 1966.

de equipes de referência nas Unidades de Saúde que teriam como “pré-requisito para o pleno funcionamento desse modelo organizacional, a instituição de um novo estilo de gestão dos serviços: descentralizado, democrático e que valoriza a autonomia e liberdade de iniciativa das equipes de saúde” (Campos; 1994:173) até os colegiados de gestão internos nos estabelecimentos de saúde, conselhos locais de saúde, com participação direta da população, etc. Já na esfera da mudança do modelo assistencial, as Equipes de Acolhimento se mostraram extremamente potentes para produzirem processos de trabalho multiprofissionais, deslocando o eixo da atenção à saúde da pessoa e saber médicos para esta equipe, forçando a interação de saberes entre os diversos profissionais e criando relações muito mais produtivas entre os trabalhadores e destes para com os usuários. (Merhy in Cecílio, 1994:117; Franco, Bueno, Merhy, 1998). Para ficar apenas em alguns exemplos, pois o cotidiano de trabalho é repleto de situações onde os trabalhadores produzem micro-processos instituintes no sentido de alterar o perfil assistencial dos serviços de saúde, em direção a algo novo. Instituinte no caso, é entendido como “o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias, que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais” (Baremblit; 1992), ou seja, são fundamentalmente processos de mudanças que podem se verificar nos espaços macro das sociedades, mas também nos espaços micro que são aqueles onde tratamos, ao discutirmos os processos de trabalho e as tecnologias de trabalho em saúde. O instituinte muda o instituído, que são as leis e normas que regem as instituições. As instituições por sua vez, são leis, normas, pautas, que regulam a vida em sociedade. O pensamento institucionalista aposta na mudança dos micro espaços da sociedade, através de diversos processos políticos, sociais, de trabalho, de subjetivações,

etc... e através destas mudanças, em movimentos gradativos, objetiva-se a mudança dos estabelecimentos, das organizações e das instituições. (idem).

As ferramentas analisadoras são potentes instrumentos para análise de processos de trabalho em saúde. Estas ferramentas são o fluxograma analisador, apresentado por Merhy, Chakkour et all em “Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde” (Merhy & Onocko; 1997:113). O fluxograma é o desenho gráfico do processo de trabalho e permite abrir as “caixas pretas” presentes nos serviços, revelando os reais problemas que existem nos processos de trabalho e nas relações entre os seus protagonistas. Merhy indica outra ferramenta importante que diz respeito à Rede de Petição e Compromissos, utilizada já a algum tempo para organização de serviços de saúde, tem sido usada agora para análise das relações estabelecidas intra e inter trabalhadores e entidades, órgãos, estabelecimentos, a fim de identificar os ruídos existentes nestas relações, difíceis de identificar em processos normais de conversações. Tem se mostrado uma ferramenta extremamente potente para estas análise e criam conversas produtivas entre coletivos de trabalhadores.

Notamos que o Trabalho em si, enquanto categoria isolada, tem um sentido grandioso, épico, pela sua natureza transformadora, que se confirma ao longo da história. Diz Marx em O Capital (Vol. I, cap. I) que o aspecto do trabalho produzir coisas, “é uma condição da existência humana independentemente de qual seja a forma de sociedade; é uma necessidade natural eterna que medeia o metabolismo entre homem e natureza e, portanto, a própria vida humana”.

No caso da saúde, dado a especificidade como se dá a produção de serviços no setor, o Trabalho enquanto tal, guarda uma extraordinária riqueza de possibilidades, tanto

de análises quanto de intervenções em serviços, no sentido de reorganizar a assistência. Podemos dizer que o Trabalho é dispositivo em si mesmo.

Usando a teoria do trabalho como núcleo epistêmico, buscamos nos estudos que serão apresentados, usar categorias que são decorrentes deste campo, e têm como referência teórica os trabalhos citados acima. Portanto, os estudos apresentados, partem da premissa de que os serviços de saúde ganham novas modelagens, quando conseguem reorganizar os processos de trabalho, o que significa, mudar a forma das pessoas trabalharem, nos seus atos cotidianos. As “micropolíticas dos processos de trabalho”, definem o perfil da produção de saúde. Portanto, o objeto de estudo tem um recorte que diz respeito aos processos de trabalho. A partir dele, pretende-se verificar o serviço de saúde e suas transformações.

Descrevemos abaixo o eixo condutor dos estudos, considerando o recorte que foi proposto:

1. Especialmente a produção de serviços de saúde, traz em si uma extraordinária presença do trabalho humano - vivo em ato - que é fundamental e insubstituível na produção da saúde. Haja visto que a incorporação tecnológica no setor, quase não reduz postos de trabalho.
2. O trabalho humano pode se realizar a partir de duas vertentes: 1ª) ele se faz de forma pré-programada por máquinas, normas, leis, velhas rotinas instituídas, o que se define por “trabalho morto”, ou seja, o trabalho que se realiza a partir de instrumentos existentes, que por sua vez, têm trabalho incorporado, na medida em que a estes foi aplicado trabalho para a sua construção. 2ª) ele se realiza sem a “pré programação”, e assim, o agente trabalhador produz a partir da sua capacidade de inventividade, podendo produzir processos novos e criativos,

relações singulares na produção de saúde, o que se denomina de “trabalho vivo”, que só ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no ato .

3. O trabalho morto por se inscrever em máquinas, instrumentos e normas, estrutura o trabalho vivo em ato, aprisionando-o e reduzindo ao mínimo ou anulando seus graus de liberdade para o fazer. Torna assim a atividade produtiva repetitiva, pouco criativa e com baixa capacidade de respostas a novos problemas e desafios que surgem na atividade laboral, no cotidiano.
4. Para a mudança nos serviços de saúde, considera-se necessário inverter a lógica dos “microprocessos de trabalho”, fazendo com que o trabalho vivo em ato hegemonize as ações produtivas. É uma aposta nas relações como determinantes da produção de serviços, e no patrimônio de conhecimento dos trabalhadores, como fonte de recursos para a produção de saúde.
5. O trabalho em saúde é por excelência, território tecnológico, considerando que as tecnologias de trabalho em saúde se posicionam em três categorias, quais sejam: a) tecnologias duras, nas quais se inscrevem as máquinas e instrumentos; b) tecnologias leveduras, definidas pelos conhecimentos técnicos estruturados e c) tecnologias leves que são as tecnologias das relações, que pela natureza da produção do cuidado em saúde, estas deveriam assumir primazia na produção de serviços, determinando um novo perfil assistencial, centrado no usuário.
6. O conhecimento técnico somado ao conhecimento adquirido a partir das experiências profissionais e de vida, produzem um certo patrimônio tecnológico que o trabalhador de saúde pode utilizar na produção de serviços de saúde. Este conhecimento é matriciado em um “núcleo de competência”,

quando diz respeito à atividade especializada do profissional e a um “campo de competência”, quando diz respeito à atividade mais ampla, comum a vários profissionais.

7. Um modelo tecnoassistencial centrado no usuário; “Em Defesa da Vida”, se organiza a partir das diretrizes do Acolhimento, Vínculo, Resolutividade.
8. Os modelos tecnoassistenciais em saúde hoje, se caracterizam como produtores de procedimentos, por estarem centrados nas tecnologias duras/leveduras. Neste modelo, os atos produtores de saúde têm um fim em si mesmo.
9. A esta configuração da assistência nos serviços de saúde, se contrapõe a idéia de que um modelo centrado no usuário, deve ser conduzido pelas diretrizes do modelo “Em Defesa da Vida”. Este modelo estaria centrado em tecnologias leves/leveduras, rompendo com a lógica tecnológica atual, na produção de saúde.
10. A produção do cuidado requer uma extraordinária mudança na forma de produzir serviços de saúde, na medida que forçam uma ruptura com o Modelo Médico Hegemônico, que opera a partir de uma concepção liberal, e constróem um outro tipo de serviço, centrado no usuário.
11. Há um “núcleo de atividades cuidadoras de saúde” como aquele comum a todos os profissionais, na medida em que todos fazem clínica, dentro da sua competência e função específicas. Este núcleo interage com o “núcleo profissional específico” e ainda com o “núcleo específico por problema”, na produção do cuidado em saúde.
12. Entende-se clínica como toda atividade que contribui para a resolução do problema de saúde do usuário, neste sentido incorpora a ação facilitadora do

acesso, o acolhimento na recepção até aqueles que fazem a gestão de determinado projeto terapêutico. Este conceito de clínica está ligado ao de “ação cuidadora” definido por Merhy.

13. A produção do cuidado em saúde significa, reciclar a posição de cada trabalhador de saúde, de uma posição centrada em seu “núcleo específico” de conhecimentos e práticas, para uma outra onde a interação dos diversos conhecimentos é que dirigem a produção do cuidado. As “relações intercesoras”, são produtoras do cuidado, na medida que impliquem os trabalhadores, uns com os outros e cada um com seu objeto de trabalho, que é o usuário e o problema de saúde do qual é portador. Estas relações são produtivas pôr excelência de novos conhecimentos e potencializadoras da assistência e do cuidado aos usuários.
14. Estes movimentos singulares em direção a uma nova prática em saúde, acontecem se estiverem impulsionados por um forte “desejo”, no sentido que lhe dá Guattari, como fonte produtiva de um novo devir.
15. Considera-se que processos de subjetivações atravessam todo o processo de mudança dos serviços de saúde, onde a questão do sujeito em cena, é central. Os protagonismos estarão sempre “contaminados” (no bom sentido) de subjetividades que são construídas a partir da posição de cada um no serviço, na sociedade, suas histórias pessoais e profissionais, suas relações com o mundo das coisas e das pessoas, a materialidade das suas existências, etc... etc.. Esse aspecto não pode ser negligenciado quando se trata de estudar os serviços de saúde.

16. A análise institucional é uma fonte teórica importante para entender os processos de produção da saúde e os modelos tecnoassistenciais derivados e se constitui em mais uma ferramenta para análises de serviços. Mais do que isto, através da análise institucional é possível identificar movimentos de mudanças que ocorrem nos estabelecimentos, por ação de trabalhadores que se transformam em agentes, e impulsionam micro processos instituintes. Conceitos como Instituição; Organização; Estabelecimento; Instituído e Instituinte; Auto-análise e Autogestão; Dispositivos; Agenciamentos; etc... contribuem fundamentalmente para avaliação de processos nos serviços de saúde.
17. É a partir da vontade de mudar as situações perenes existentes que efetivamente se consegue criar dispositivos instituintes, que disparam ricos processos de mudanças. Esses processos encontram-se muitas vezes submersos às macro estruturas dos serviços de saúde, tomam formatos marginais a partir de alguns agentes trabalhadores, produtores do cuidado. A ação instituinte tem por objetivo inclusive, potencializar esta atividade existente.
18. A mudança das práticas em saúde requer um locus apropriado e que lhe dê suporte e sustentação para permanecer. O ambiente institucional é portanto uma questão muito importante. Neste sentido, o tema da gestão ganha relevância em processos de mudança de modelos tecnoassistenciais. A democracia política no estabelecimento, a incorporação dos atores políticos à esfera decisória, a criação de canais de comunicação entre a direção e a “ponta” dos serviços, etc... ; questões que se materializam na gestão participativa, são

fundamentais para criar um ambiente institucional poroso, oxigenado, apto a absorver e impulsionar processos de mudanças nos serviços de saúde.

19. Processos sociais, políticos e macro econômicos, interferem também na modelagem dos serviços de saúde na medida que servem de inspiração aos detentores do poder, especialmente nos tempos atuais, de políticas neoliberalizantes. Contudo, há um enorme campo de ação possível, que diz respeito à “micropolítica dos processos de trabalho”, visto que nesse lugar, o trabalhador exerce soberano um certo “autogoverno”, controlando com autonomia os micro fazeres, os atos do cotidiano das práticas de saúde.
20. Toda esta ação de mudança dos serviços de saúde e de análise dos mesmos, requer o uso de uma “caixa de ferramentas” com tecnologias potentes que suportem estes desafios. Para analisar processos de trabalho e relações em serviço, há instrumentos potentes como as “ferramentas analisadoras” que se constituem do “Fluxograma analisador” e da “Rede de Petição e Compromissos”. Os estudos verificam a sua viabilidade e potência. Estas são duas de inúmeras ferramentas que se podem utilizar em serviços.
21. O Fluxograma analisador é uma representação gráfica do processo de trabalho. Elaborado de forma coletiva, dispara processos auto-pedagógicos entre equipes e possibilita desta forma a produção de sujeitos, na medida que os mesmos, vão tomando consciência dos acontecimentos, interferências, nós críticos e problemas do seu processo de trabalho. O produto final deste processo é o Fluxograma que retrata o fluxo do usuário no serviço, ou seja, ele deve ser elaborado de forma usuário-centrada.

22. A Rede de Petição e Compromissos é uma descrição das relações e conversas (pedidos e compromissos) realizados no cotidiano da produção de serviços de saúde. Essa rede pode ser entre trabalhadores, equipes, unidades de produção ou mesmo inter estabelecimentos. A ferramenta contribui no sentido de identificar os ruídos existentes na configuração desta rede e assim, revela à equipe de serviço os pontos onde ela deve trabalhar no sentido de conduzir a produção da saúde para um determinado projeto assistencial. A Rede de Petição contribui ainda para revelar as “linhas de mando” no interior dos serviços, identificando a hegemonia existente e exercida dentro dos mesmos. Da mesma forma como o Fluxograma analisador, em processos coletivos, contribui para a produção de sujeitos, através de uma prática auto-pedagógica.

A apresentação dos resultados dos estudos propostos, será feita em três artigos, cujos esboços iniciais se encontram a seguir.

Um dos artigos escrito sob o título “PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Assistencial” é produto de uma investigação que teve como método a observação direta, pesquisa documental e bibliográfica. Parte da premissa de que os modelos tecnoassistenciais, enquanto políticas de saúde, são configurados a partir de inúmeras determinações, dentre as quais relacionamos principalmente três:

1. econômicas, que se referem ao desenvolvimento do capitalismo e sua lógica de acumulação.

2. sociais, na medida em que recebem influências de grupos “anti-hegemônicos”, que articulam seus interesses na arena de disputas pôr projetos na área da saúde. Há ainda fatores de ordem cultural, comportamental, das subjetividades inscritas nos sujeitos individuais e coletivos, que configuram um todo articulado na definição das políticas de saúde, que muitas vezes, sintetizam estes inúmeros fatores em conjunto.
3. tecnológicas, visto que a tecnologia usada pelos trabalhadores de saúde, organizados em um certo processo de trabalho, são pôr excelência os atos que garantem efetivamente a produção de saúde. Este processo é conduzido com razoável autonomia, haja visto que os trabalhadores operam na produção de serviços de saúde com um certo coeficiente de “auto governo” que lhe é próprio.

O PSF de acordo com documentos do Ministério da Saúde, é visto como uma “estratégia para a mudança do modelo assistencial”². Este estudo, interroga o Programa em primeiro lugar, no que diz respeito à sua presença no jogo de disputas de projetos para a saúde no Brasil e fundamentalmente, qual é a aposta do PSF neste cenário? O Programa de Saúde da Família tem potência para provocar uma ruptura com o Modelo Médico Hegemônico e mudar os serviços de saúde para um novo formato usuário-centrado?

O texto começa desenvolvendo toda discussão em torno do contexto sócio-econômico, sob o qual se dão as políticas de saúde. O relato dá ênfase ao desenvolvimento econômico e às contradições intrínsecas ao capitalismo na definição de modelos assistenciais. Estas contradições são demonstradas em um recorte que descreve

três momentos especificamente quais sejam: as crises recessivas mundiais das décadas de 30 e 70 e a reestruturação produtiva verificada globalmente nas décadas de 80/90.

Após estes momentos de crise, ocorreram períodos de extraordinário crescimento econômico e concomitante produziram-se propostas de organização de serviços de saúde, como a Medicina Comunitária que se desenvolveu na década de 50/60; os Cuidados Primários em Saúde, saídos da Conferência de Alma Ata em 1978. Estas propostas de cunho racionalizador (Donnangelo, 1976; Merhy, 1986; Silva Jr., 1998) estavam concatenadas com o momento econômico e tinham aí sua primeira motivação. No início dos anos 90, o governo brasileiro adota o Programa de Saúde da Família como prioridade para a mudança dos serviços de saúde. Um estudo detalhado do PSF aponta fortes similaridades do Programa com a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, identificadas principalmente no seu ideal racionalizador, sua filiação ao núcleo epistemológico da epidemiologia/vigilância à saúde, sobre o qual opera toda uma lógica de ordenamento da assistência à saúde.

É importante ressaltar que o estudo em questão identificou no ideário preventivista presente no PSF a principal força de atração do Programa, o que explica a adesão de amplos setores da reforma sanitária brasileira, que opera de forma hegemônica circunscritos a mesma matriz teórica.

O principal problema verificado em relação ao PSF é o fato de que, ao operar sob a lógica quase exclusiva da vigilância à saúde, o Programa deixa o exercício da clínica à mercê das atuais diretrizes definidas pelo MMH, quais sejam: atendimento sumário, falta de responsabilização em relação ao usuário, trabalho centrado no saber e atos do médico que são estruturantes dos fluxos e processos de trabalho dos outros profissionais, modelo

² “Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização de Serviços de Saúde”; MS, mimeo, Brasília; março; 1996.

“produtor de procedimentos” (Merhy, 1998) por excelência. Um Programa ou modelo assistencial, centrados na vigilância à saúde, não têm potência para modificar o processo de trabalho e alterar o perfil assistencial dos serviços. Especialmente, se mostra muito pouco eficaz sobre aquelas pessoas em que já tenha se instalado um processo mórbido, e necessitam portanto ser acolhidas, com elas estabelecer vínculo, onde os profissionais de saúde se responsabilizem pelo cuidado a estes usuários. Para demonstrar essa afirmação usamos o resumo de um fluxograma aplicado à rede básica (ver no artigo a frente) onde fica claro como a assistência à saúde é realizada em processos médico-procedimentos centrados. Este com certeza é o principal nó crítico que o PSF enfrenta e determina por consequência a sua limitada resposta à crise atual dos serviços de saúde.

Em seguida, baseado nas contribuições teóricas de diversos autores (Donnangelo, 1976; Gonçalves, 1994; Campos, 1992; Merhy, 1997, 1998) que discutiram modelos assistenciais em saúde e os processos de trabalho, partimos do pressuposto que a mudança de modelos tecnoassistenciais depende de mudanças no modo de se produzir saúde, ou seja, no processo de trabalho e suas tecnologias, assim como na forma como se processa a produção de serviços de saúde.

Estes mesmos estudos indicam que a simples mudança na arquitetura de um determinado modelo tecnoassistencial, não garante que este modelo passe a operar a partir das “tecnologias leves”. Assim pode ocorrer com qualquer nova proposta de organização de serviços, especialmente o PSF que é o nosso objeto de estudo o seguinte: o fato de operar a partir de “equipe multiprofissional” não significa que o trabalho executado deixe de ser centralmente “produtor de procedimentos”, “tecnologias duras” centrado; por outro lado, não significa também que o trabalho dos outros profissionais, deixe de ser aprisionado pelo saber-fazer do médico. A real mudança de um serviço de

saúde, pressupõe que a produção do cuidado se dê principalmente a partir do “trabalho vivo em ato”, no qual operam as “tecnologias leves”, em atividades criativas e criadoras onde os trabalhadores e usuários são ao mesmo tempo sujeitos produtores de saúde. Essa proposta entende que as relações entre profissionais e destes com os usuários, são centrais nesse novo processo produtivo.

Esta lógica pensada para a modelagem de serviços de saúde pressupõe a construção de uma nova subjetividade entre os trabalhadores de saúde (Campos, 1997), porque incorpora não apenas novos conceitos e técnicas, mas principalmente porque é necessário mudar a cultura presente nos serviços, o comportamento frente aos usuários, o modo singular de operar o trabalho a partir de um novo conceito que parte da idéia que serviços de saúde devem centrar-se nos usuários e os problemas que ele é portador. Em saúde, dada a natureza do trabalho, mudar as formas de fazer, significa mudar as formas de ser, individual e coletivamente. É neste sentido que se coloca como fundamental mudar a subjetividade para mudar o perfil da assistência em saúde.

A produção do cuidado é entendida como síntese de ações de “Acolhimento” ao usuário, estabelecimento de Vínculo/Responsabilização e a Autonomização do usuário entendida como “as autonomias nos modos de se andar a vida” (Campos, 1992; Merhy, 1998).

O estudo realizado conclui que o PSF da forma como está proposto e normatizado pelo Ministério da Saúde não consegue modificar o modelo assistencial, não tem potência para isto, a partir do momento em que opera a partir de uma lógica racionalizadora e um ideal preventivista. Isto não o permite intervir na questão do processo de trabalho, tal como ele está configurado hoje, para a realização da assistência. Desta forma, o PSF age com baixíssima eficácia para mudar a lógica da produção de saúde. Será necessário uma

reciclagem nas suas diretrizes e percepção dos serviços de saúde, de forma que um novo perfil do programa o potencialize para a intervenção em serviço de modo a operar mudanças na essência do modelo assistencial, quais sejam, os processos e as tecnologias de trabalho, voltadas fundamentalmente para a defesa da vida, centradas nas necessidades do usuário individual e coletivo.

O outro artigo, de título “O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim (MG)”, diz respeito à discussão do Acolhimento, enquanto diretriz operacional do modelo tecnoassistencial para a saúde. Descreve os resultados de uma pesquisa, encaminhada para estudar o Acolhimento, sua implantação e impacto verificado junto à rede básica de saúde.

A investigação foi feita em uma Unidade Básica de Saúde, escolhida por ter sido uma das primeiras a implantar o Acolhimento e portanto, tinha uma maturação da nova proposta bastante avançada, o que permitia melhor visualizar os processos vividos durante e após a sua implantação. A metodologia usada para o estudo, envolveu observação direta do funcionamento da Unidade e dos processos de trabalho, entrevistas com “informantes chaves” entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Foram ainda coletados dados em fontes primária e secundária para montagem de indicadores de avaliação de serviços e recursos humanos. Estes indicadores mediram a “acessibilidade”, o “rendimento profissional” e a “resolutividade” da “equipe de Acolhimento”.

A descrição da implantação do Acolhimento relata que foi necessário um processo amplo de discussão entre os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde para sua efetiva concretização. O debate se colocou como necessário e era uma das diretrizes de trabalho da equipe de gestores do SUS local, partindo da concepção que seria necessário

“mudar as pessoas” para mudar os serviços de saúde. Isso exigia um processo de assimilação da nova proposta e elaboração coletiva da sua implantação. O ponto de partida era o de formular um projeto novo de ordenamento dos serviços de saúde e criar em torno dele adesão entre aqueles que efetivamente produziam saúde, os trabalhadores. Eles deveriam ser por excelência, os protagonistas da nova proposta.

Trabalhou-se todo o tempo na perspectiva de reorganizar os processos de trabalho, considerado pôr toda equipe o modo como se conseguiria inverter o modelo tecnoassistencial. Notadamente contribui para formar esta concepção, as elaborações teóricas formuladas em torno do Laboratório de Planejamento de Sistemas e Serviços de Saúde do DMPS/Unicamp, que assessorava a Secretaria Municipal de Saúde de Betim no período. Portanto, em torno do “processo de trabalho” se realizou a grande discussão para inversão do modelo tecnoassistencial.

A idéia de mudar os serviços de saúde se cimentou a partir de uma crítica ao Modelo Médico Hegemônico que operava na rede de saúde do município. Hegemonizado pelo médico, o processo de trabalho se definida pôr ações anteriores à consulta e outras posteriores, que eram executadas em função da consulta médica, tendo como determinantes para a produção de serviços de saúde, os saberes e atos deste profissional. Sendo assim, a ação dos outros profissionais, como produtores de saúde, se tornaram prisioneiras do comando e determinações do profissional médico. Como consequência da organização do processo de trabalho, o acesso à unidade era estrangulado, na medida que um processo centrado no profissional médico, tem baixa capacidade de respostas à demanda dos usuários. Centenas de pessoas eram excluídas da assistência à saúde, sem ter ao menos entrado na Unidade. O atendimento desde a recepção, perpassando os outros serviços, se dava de forma sumária, sem um conteúdo humanitário e solidário, que deve

ser próprio à prática em saúde. O Acesso era o principal nó crítico percebido na rede de saúde.

Todo o processo coletivo de discussão e a própria implantação da diretriz do Acolhimento acumulou no sentido de criar uma nova consciência entre os trabalhadores em relação à assistência à saúde e na relação com os usuários. Desta forma mudaram significativamente seu comportamento em serviço. A primeira questão enfrentada disse respeito aos valores humanitários que devem presidir as relações do interior dos serviços de saúde. O Acolhimento pressupunha acabar com as barreiras de acesso, permitindo que todos os usuários entrassem na Unidade. A partir daí lhe era oferecida uma escuta qualificada, de forma privada e individual, onde o trabalhador de saúde buscava ouvi-lo com atenção e encontrar uma resolução ao problema de saúde que este usuário trazia consigo. A resolução passava por uma idéia de responsabilização do trabalhador para com o usuário, o que significa, dar-lhe sempre uma resposta positiva, seja atendendo e resolvendo na própria Unidade, ou através de um encaminhamento seguro para outro serviço.

O dispositivo armado para a reorganização do processo de trabalho foi a chamada "Equipe de Acolhimento", que a princípio é formada por trabalhadores de nível superior e a auxiliar de enfermagem. Esta equipe passa a definir o modo de realizar a assistência e os fluxos na produção de serviços de saúde, deslocando assim, o trabalho centrado no médico para um outro centro, o da multiprofissionalidade. Esse deslocamento envolve naturalmente uma redistribuição do "saber-fazer" e por consequência maior divisão dos poderes que agem, de forma interessada no processo de produção de saúde.

Interagir entre si é o modo sob a qual opera a Equipe de Acolhimento. A troca de saberes é fundamental para fazer com que esta ganhe potência resolutiva. Desta forma o

processo de trabalho e fluxos, é definido numa “rede de petição e compromissos” interna, pactuada entre os diversos profissionais onde, enquanto alguns ficam na escuta ao usuário, outros fazem a retaguarda e essa posição pode se revezar de forma que há um conjunto dinâmico voltado para a atenção ao usuário.

Focando para análise do processo de trabalho, verificou-se no estudo que a uma nova forma de organização do trabalho, é necessário mudar também seu conteúdo, sua essência. Assim, foi importante deslocar o eixo produtor de saúde do médico para uma equipe multiprofissional, mas também foi fundamental que os outros profissionais tomassem pra si a função de produtores de serviços de saúde executando na plenitude suas funções e competências técnicas/profissionais, exercendo-as com autonomia. Pôr outro lado, na atividade diária de confronto com normas e tecnologias que tentavam aprisionar os diversos processos produtores de saúde, estes trabalhadores procuravam encontrar suas “linhas de fuga” para espaços criativos e criadores de novas práticas, operando a partir do “trabalho vivo em ato”. (Merhy, 1997).

Outro dispositivo importante para a mudança diz respeito à formação do Colegiado Gestor Local. Instância de discussão e decisão, da qual participam trabalhadores e o gerente da Unidade de Saúde, tem a função de debater e orientar o processo de trabalho e tomar iniciativas no sentido da organização dos serviços de saúde. Este colegiado assume uma importância muito grande, pelo seguinte: 1. incorpora trabalhadores na gestão dos serviços, democratizando as relações internas a Unidade de Saúde. 2. incorpora-se ao mesmo tempo, conhecimento que os trabalhadores detém e que sem a sua participação, este conhecimento que é gerado no dia a dia das práticas em serviços, fica retido, não sendo incorporado pela sua gestão, empobrecendo-a. 3. reduz a distância da esfera dirigente para a ponta dos serviços, criando novas possibilidades na

condução do projeto, que são mais partilhadas e assim criam mais responsabilização de todos na sua implantação. No fundamental, o Colegiado potencializa a ação de mudar o modelo tecnoassistencial.

Em relação ao indicador de “rendimento profissional”, foram verificados resultados da enfermeira, assistente social, médicos clínico geral, pediatra e gineco-obstetra. Os dados indicam um extraordinário aumento no rendimento dos trabalhadores não médicos e menor impacto no trabalho do médico. É possível afirmar a partir deste estudo que a reorganização do processo de trabalho, redefinindo-o como multiprofissional e dos dispositivos armados para esta mudança, em especial a “equipe de acolhimento”, faz os profissionais não médicos ganharem autonomia para o exercício da sua função se tornando extremamente produtivos em serviços. Por outro lado, o Acolhimento impacta também o processo de trabalho do médico, na medida em que cria pressões para que ele se envolva mais em trabalhos multiprofissionais. Contudo, ele fica ainda bastante reduzido à lógica consulta/agenda para fazer seus atendimentos. Neste sentido, o impacto no rendimento do médico é bem menor do que o verificado nos outros profissionais.

Na configuração do Modelo em Defesa da Vida, preconiza-se além do Acolhimento, a diretriz do Vínculo/Responsabilização. Esta diretriz é implantada a partir da composição de equipes de referência na Unidade de Saúde, à qual se vinculam uma dada população de usuários, criando assim vinculação destes com a equipe, onde esta se responsabiliza pelo cuidado aos usuários a ela adscritos. (Campos, 1994). Uma diretriz complementa a outra. O estudo realizado aponta no sentido desta complementaridade do Vínculo para com o Acolhimento e nós podemos afirmar que o Acolhimento também é

fundamental para que o Vínculo assumira a configuração de uma ação voltada ao atendimento as necessidades do usuário, no sentido da “produção do cuidado”.

O último trabalho cujo título é “ O Uso das Ferramentas Analisadoras dos Serviços de Saúde: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP)”, se refere à aplicação de instrumentos de avaliação de processos de trabalho e “rede de petição e compromissos / conversas” (Merhy, 1997) estabelecidas em serviço.

O processo de análise do serviço social do HC/Unicamp foi feito envolvendo toda equipe de coordenação das diversas Unidades do serviço. A opção por um trabalho coletivo se fundamenta na idéia de que, ao construir uma “análise situacional” em conjunto com os atores envolvidos, estes têm a possibilidade de contribuir com o processo e ao mesmo tempo vão absorvendo conhecimento novo produzido coletivamente. Em processos coletivos de discussão de problemas e análises de serviços, há sempre uma produção auto-pedagógica, que potencializa a constituição de novos sujeitos no processo, seja para a resolução dos problemas que porventura apareçam na análise, assim como para implementar um novo projeto para o serviço. O local escolhido para aplicar as ferramentas analisadoras, foi a Unidade de Ambulatórios, por ter um trabalho mais antigo e já bem estruturado, podendo assim fornecer uma “foto” próxima do que é o conjunto do hospital.

Em primeiro lugar, para análise do processo de trabalho, foi usada a ferramenta “fluxograma descritor” que consiste na representação gráfica do trabalho realizado na produção do serviço de assistência social. Como pensamos um serviço usuário-centrado,

o fluxo também está centrado no usuário e busca retratar os caminhos que este percorre. (Merhy, 1997).

O fluxograma nos forneceu uma foto do processo de trabalho, tal qual ele ocorre no dia a dia do serviço. Demonstra um caminho tortuoso, cheio de barreiras de acesso do usuário para os atendimentos. O trabalho está organizado de forma médico centrada e no todo, verifica-se uma clara objetificação do usuário no processo. A discussão sobre a missão do serviço social no Hospital, deixa clara a existência de duas missões, sendo que uma está presente no ideário dos profissionais da assistência social e diz respeito à produção de serviços assistenciais com base em uma ética guiada pela cidadania e valores de solidariedade e humanitários. Outra missão, é a que lhe é dada pelos grupos que hegemonizam a gestão do hospital, qual seja, a de “produzir adesão do usuário ao tratamento”, visto que este é um importante insumo para o produto nobre oferecido pelo hospital, que é a produção de conhecimento e o ensino, na medida em que é um hospital escola.

As duas missões criam um ambiente de “crônica tensão”, na medida em que representam interesses conflitivos e operam ao mesmo tempo. Descobriu-se também que há micro processos instituintes que são criados pela ação cuidadora das assistentes sociais, com o objetivo de mudar os processos de trabalho e a relação com o usuário, tentando favorecer a este último. Esta ação instituinte que opera a partir do “modelo usuário-centrado” disputa com o “modelo médico-centrado”. Verifica-se que conseguem mudar alguns procedimentos em serviço, mas não encontram potência para mudar a lógica dominante na organização do processo de trabalho.

A outra ferramenta utilizada na análise do serviço, diz respeito a “rede de petição e compromissos”. A rede representa as diversas relações e conversas existentes entre os

atores em cena, que ao interagirem no cotidiano da produção de serviços de saúde, determinam em grande medida o perfil e a organização deste serviço.

Após construir a rede de petição e compromissos, foi feito um levantamento dos ruídos existentes entre os atores e a determinação da organização dos serviços. Verificou-se que o usuário é absolutamente marginal à rede de petição. Os pedidos são em primeiro lugar “comandados” pelas estruturas dirigentes do hospital, quais sejam: o corpo médico docente, a superintendência e a diretoria administrativa. A partir das suas orientações o serviço social organiza a prestação de serviços e seu processo de trabalho. Novamente aqui aparece o núcleo médico como expressão do “saber-fazer” estruturante em todo processo de produção de assistência. Ele demanda serviços para vários lugares onde a assistência social está atuando, aprisionando os processos de trabalho a partir de suas tecnologias próprias, “trabalho morto” (Merhy, 1997) dependentes.

Configura-se uma rede absolutamente “instituída”, no sentido que lhe dá a análise institucional, como normatizada, enrijecida na sua organização e funcionamento. Assim como os usuários estão representados à margem da rede de petição, os trabalhadores da assistência social também estão à margem, na medida que seu trabalho é aprisionado pelas normas e rede de pedidos vindas já estruturadas do corpo médico docente.

Verifica-se a existência também de uma rede “inter”, ou seja, do serviço social com organizações e entidades fora do hospital, voltadas à assistência social. Nesta rede, o serviço social tem mais autonomia de ação e possibilidades de se organizar nesse campo de acordo com critérios mais direcionados aos interesses do usuário, mesmo que ainda prisioneiro da missão que lhe é dada pelos grupos hegemônicos no hospital.

A conclusão deste trabalho interroga o serviço social quanto às suas possibilidades de agir na “produção do cuidado”, a partir dos recursos que dispõe (recursos aqui

entendidos no sentido matusiano, políticos, materiais e cognitivos). As ferramentas contribuíram para identificar os nós do serviço e dimensionar os problemas que este encontra para configurar o serviço de forma usuário-centrada. A partir daqui o Planejamento Estratégico Situacional se mostra como um instrumento interessante para contribuir na condução de um novo projeto para o serviço social do HC/Unicamp.

Todo o território da micropolítica de organização dos processos de trabalho e das suas tecnologias, se coloca extremamente fértil para o entendimento da forma como se realiza a produção dos serviços de saúde. Mais do que isto, aqui se dão fundamentalmente os processos de mudança dos modelos tecnoassistenciais, visto que um novo perfil dos serviços é adquirido, quando o modo de se produzir saúde é alterado, a partir dos fazeres de cada um e de novas relações estabelecidas no espaço de trabalho e consumo em saúde. A descrição e análise dos estudos realizados, deixa claro a necessidade de se organizar serviços de saúde, tendo como diretrizes operacionais principais o Acolhimento, Vínculo/Responsabilização.

O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG).

Autores: Túlio Batista Franco; Wanderlei Silva Bueno e Emerson Elias Merhy

RESUMO

Este trabalho relata experiência de inversão do modelo tecno-assistencial para a saúde, a partir da diretriz operacional do Acolhimento.

O Acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal.
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - "Equipe de Acolhimento" - , que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Através da investigação realizada, se pôde observar: A) aumento significativo do rendimento profissional, dos servidores "não médicos", que passaram a atuar na assistência. B) o elevado rendimento profissional, determinou por consequência maior oferta e o aumento extraordinário da acessibilidade aos serviços de saúde. C) A "Equipe de Acolhimento", dispositivo organizado para a escuta dos usuários que chegam à

Unidade de Saúde, conseguiu, após 9 meses de experiência na assistência, resolver mais de 50% dos problemas de saúde, sem recorrer a outros recursos na Unidade.

Estes resultados, se associam à elevada motivação dos trabalhadores da saúde para trabalharem a nova diretriz e a uma experiência de gestão colegiada, que permitiu processos criativos e criadores no processo de trabalho, instituintes de novas práticas na operacionalização do trabalho.

Palavras-Chave Processo de Trabalho; Acolhimento, Acesso, Auto-análise, Autogestão

PARTE I - O que é isto de Acolhimento

A medida que vamos nos aproximando dos momentos de relações dos usuários com os serviços de saúde e os seus trabalhadores, para verificarmos o seu funcionamento, vamos nos surpreendendo com a descoberta de que: sempre que houver um “processo relacional” de um usuário com um trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de “ações clínicas”.

“Ações clínicas” no sentido do encontro de necessidades com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que visam “operar” sobre o campo das necessidades que se faz presente neste encontro, na busca da perseguição de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um certo modo de viver a vida.

Estes encontros inter-individuais, à dois, se produzem em um espaço intersessor³ no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves⁴.

Olhando estes momentos - tanto pelo do trabalho do médico, quanto de um porteiro de um serviço de saúde - nos são reveladas questões-chaves sobre os processos de produção em saúde, nos quais o Acolhimento adquire uma expressão significativa.

Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro - enquanto trabalho de saúde - entre um trabalhador e um usuário, opera processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, que objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de "algo" que possa representar a "conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Estes processos intersessores - como o Acolhimento - é atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-lo analiticamente é criar a possibilidade de "pensar" a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde "circulam" o trabalho vivo em saúde, expondo o seu modo privado de agir à um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica usuário-centrada.

No entanto, o tema do Acolhimento apresenta-nos uma outra possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da

3 Veja Merhy, E.E.- "Em busca de ferramentas..." in Merhy, E.E e Onocko, R. (orgs.) - Agir em saúde. Um desafio para o público, Hucitec, 1997, São Paulo.

acessibilidade, no momento das ações “receptoras” dos “clientes” de um certo estabelecimento de saúde.

Olhando, assim, como uma etapa deste processo de produção o Acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção dos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com certos modelos de atenção à saúde.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia, na sua relação como o usuário, o Acolhimento pode analiticamente evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finalísticas de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com “o quê” os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si.

Os encontros e desencontros nesta etapa podem, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores), revelar uma dinâmica instituinte que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.

Em síntese o que propomos é agir com um Acolhimento como um dispositivo que interroga processos intersessores que constroem “relações clínicas” das práticas de saúde e que permite escutar “ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado conforme certos modelos de assistência, em todo lugar que há “relações clínicas” em saúde; além de expor a “rede de petição e compromisso” que há entre “etapas” de certas linhas de

produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade.

Qual a vantagem de atuar sobre estes “ruídos” e processos?

Na medida que nas práticas de saúde, individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as “pessoas”, como caminho para defender a vida, reconhecemos que sem “acolher” e “vincular”, não há produção desta responsabilização e nem “otimização tecnológica” das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

Baseado nessas premissas, vejamos adiante, com a descrição de um processo iniciado junto a uma rede de serviços de saúde, no âmbito municipal, as possibilidades de introduzir estes percursos, na busca de “impactar” os mecanismos de acesso e de “explorar” as possibilidades de novos desenhos micropolíticos no modo cotidiano de realização de certos modelos de atenção à saúde.

Parte II - Relato de uma experiência

Em Betim, vivia-se no ano de 1996, intensa mobilização na rede básica assistencial, para a implantação do Acolhimento, diretriz do modelo tecno-assistencial, orientado nos princípios do Sistema Único de Saúde. Propõe principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. “Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário”, como tradução da idéia básica do Acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

Pelo lugar estratégico ocupado por esta proposta, achamos que o Acolhimento deveria ser estudado, para se verificar a sua eficácia e assim oferecer subsídios à consolidação do Acolhimento nas Unidades de Saúde, ao mesmo tempo que procurar viabilizar seu aperfeiçoamento, enquanto tecnologia de organização de serviços de saúde.

A motivação para este estudo, partiu inicialmente da incessante inquietação na busca de uma resposta alternativa para os serviços de saúde, que fosse consistente o suficiente para abstrair-se em uma nova utopia.

Este estudo, é devedor de uma investigação realizada pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul ¹, e estamos certos que, ao aprofundar o conhecimento através de investigação de tema tão relevante para o modelo assistencial, como o Acolhimento, e ao mesmo tempo, ao mantermos este estudo, em interlocução com as entidades formuladoras de políticas de saúde e formadoras de Recursos Humanos, estamos no fundamental, exercitando a práxis como método de construção de novas propostas, substantivas o suficiente para dar respostas à altura dos desafios na organização de Sistemas e Serviços de Saúde.

Além do mais, em boa parte, reproduz o fruto do trabalho coletivo da equipe da UBS Rosa Capuche. Contribuíram outros atores do SUS/Betim, que compõem os órgãos diretivos e assessores da SESA. Tiveram papel relevante no processo, os usuários dos serviços da Unidade, organizados no Conselho de Saúde Local.

1 O momento inicial deste estudo se fez por um esforço de Tulio Batista Franco, que coincidente com a II Convocatória de Investigação em Serviços de Saúde, feita pela Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde no Cone Sul, que então, se propunha a apoiar projetos de pesquisa nesta área, propôs um Projeto de Pesquisa, sob o título "Acolhimento, diretriz do modelo tecno-assistencial em defesa da vida", cujo objeto de estudo circunscreveu-se à nova diretriz do modelo assistencial, "Acolhimento", a ser estudado na Unidade Básica de Saúde Rosa Capuche, situada no Bairro Jardim Petrópolis, Betim-MG.

Caracterização Geral da Unidade

A UBS Rosa Capuche, situa-se no município de Betim, no bairro Jardim Petrópolis. Sua área de abrangência compreende os seguintes bairros: Granja São João, Jardim Petrópolis, Parque do Sol, Parte da Vila Recreio, Residencial Mira-Sol, Vila Monte Líbano. É classificada como UBS - Tipo 1, atende às especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria e Gineco/Obstetrícia), ações próprias de Enfermagem (Enfermeira, Técnica e Auxiliares de Enfermagem) e Serviço Social. O trabalho preventivo é realizado a partir dos programas de atenção à saúde da mulher, materno-infantil, saúde do adulto e atividades de educação à saúde e imunização, realizadas junto à comunidade.

Possui Conselho Local de Saúde, com participação da comunidade, Conselho Gestor da Unidade e ainda o Fórum Saúde, que se reúnem periodicamente e discutem todas as questões relacionadas à organização do serviço, tendo inclusive, participado do planejamento local.

A população é estimada em 10.256 pessoas, para o ano de 1996, de acordo com o IBGE.

Está distribuída da seguinte forma:

POPUL. 1996			< 1	GESTAN- TES	MULHERES ID. FÉRTIL	ADOLES- CENTES	> 35
TOTAL	MASC	FEM	ANO				ANOS
10.256	5.069	5.186	249	410	3333	2355	2544

Fonte: Serviço de Bioestatística da SESA/Betim.

Antes do Acolhimento

No ano de 1995 (considerando Mar/95 a Fev/96 - antes da implantação do Acolhimento), a Unidade fez 1.342 atendimentos em média por mês, com 1.456 horas trabalhadas, entre todos os profissionais da assistência. O processo de trabalho era, o tradicionalmente conhecido, centrado na figura e no saber do médico para o atendimento aos usuários. Em vista à baixa oferta de consultas médicas, utilizava-se o velho sistema de “fichas” para o acesso às mesmas. Esta era a única forma de administrar o serviço oferecido frente à demanda da população. Os que procuravam consulta e não conseguiam ficha, sequer entravam na Unidade de Saúde, “era do portão pra casa” ou para a peregrinação em outros serviços.

Tudo isso resultava em profundo incômodo, não apenas para os usuários, mas para os trabalhadores de saúde, que não viam alternativa no modelo tecno-assistencial, implementado até então, que possibilitasse atender a todos os usuários. Várias alternativas de modificar o processo de marcação de consultas foram tentadas, contando com a colaboração inclusive do Conselho Local de Saúde. Todas elas, não conseguiram passar de mudanças na forma de administrar a fila e a ficha para as consultas. Na verdade, estava provado que aquela tecnologia de organização de serviços, não conseguia atender de forma satisfatória. A velha concepção do trabalho centrado no médico e a forma ortodoxa de organização de serviços, mostravam objetivamente que aquela técnica estava obsoleta e seria incapaz de inverter o modelo assistencial, de acordo com as diretrizes e os princípios preconizados pelo SUS.

Em meados de 1995, contando com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde - LAPA/UNICAMP, o grupo dirigente da Secretaria de Saúde de Betim (incluindo aí o corpo gerencial) discutiu a proposta de inversão do modelo tecno-assistencial, baseado nas diretrizes do Acesso, Acolhimento, Vínculo e

Resolubilidade. Foi a partir daí que a Secretaria Municipal de Saúde tomou a decisão de implantar o Acolhimento em toda a rede de serviços.

Em que consiste o Acolhimento enquanto diretriz operacional

O Acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

1. Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Fazendo isto, os serviços criam possibilidades para o restabelecimento de uma relação de confiança e apoio do usuário.
2. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - “equipe de Acolhimento” - , que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de saúde. A consulta médica, é requisitada, só para os casos em que ela se justifica. Desta forma, todos os profissionais de nível superior e ainda as auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, aumentando enormemente o potencial de serviço da Unidade.
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Essa é a argamassa capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários, em torno de interesses comuns, quais

sejam, a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral, que atenda a todos e esteja sob controle da comunidade.

Implantação do Acolhimento.

É importante ressaltar que, antes de decidir implantar o Acolhimento, houve um período de capacitação de todo o corpo gerencial da Secretaria de Saúde, realizado através do Programa de Desenvolvimento Gerencial, coordenado pelo LAPA-UNICAMP, com objetivo de preparar os gerentes para a gestão, direcionando desde então para a inversão do modelo tecno-assistencial. Nesse período, a equipe da SESA e os gerentes, já vinham sendo orientados para proceder às modificações nos serviços, tendo sido organizado inclusive, como parte deste processo, o Grupo de Apoio à Gestão (GAG), formado por dirigentes e técnicos da Secretaria de Saúde, para apoiar as atividades nas Unidades de Saúde.

O ponto de partida para a implantação do Acolhimento, foi a decisão do grupo dirigente da SESA, feita através dos órgãos colegiados de direção, quais sejam, o Grupo de Direção Estratégica (que reunia a Secretária de Saúde e os gerentes dos projetos estratégicos) e o Colegiado Gestor (formado pelo GDE e todos os gerentes de Unidades de Saúde). Essa decisão, partia de alguns pressupostos básicos, quais sejam:

1. A maioria das pessoas que necessitavam de atendimento em saúde, estavam excluídas dos serviços, daí a grande desconfiança e mesmo opinião negativa que os usuários têm dos serviços de saúde.
2. As pessoas que procuravam a Unidade de Saúde, majoritariamente o faziam em busca da consulta médica, estrangulando completamente este serviço. Por outro

lado, um grande número destas mesmas pessoas, não necessitavam da consulta médica, mesmo que essa fosse sua demanda individual.

3. O trabalho na Unidade de Saúde, era centrado na pessoa e no saber médicos, ficando os outros profissionais, subestimados no processo de trabalho, tendo o seu potencial para a assistência, enormemente oprimido, reduzindo a oferta de serviços.
4. A relação trabalhador-usuário, sofria de crônica degeneração, causada pela alienação dos trabalhadores do seu processo de trabalho, ou seja, este se realizava compartimentado, com os procedimentos sem a necessária integração multidisciplinar. O objeto de trabalho “problema de saúde” dessa forma, recebia um tratamento sumário e burocrático, numa relação impessoal com o usuário. O mais comum era mesmo a sua exclusão. Por outro lado, trabalhadores embora conscientes dos problemas, se sentiam impotentes para mudar aquela situação existente, lamentada por eles próprios. O contexto sugeria então, aparente contradição de interesses entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

A partir da decisão de implantar o Acolhimento, esse processo iniciou ao nível local, com discussões para sensibilização dos trabalhadores e planejamento da Unidade. É preciso considerar que a gerente, como uma líder local do projeto que se pretende implantar, estabelece a sua coordenação diária, acompanhando, discutindo e convencendo os trabalhadores e usuários da nova proposta. Esse procedimento, é fundamental para a manutenção e sucesso do Acolhimento na Unidade.

Definiu-se pela organização de uma “Equipe de Acolhimento”, composta pelos profissionais de nível superior, técnica e auxiliares de enfermagem, sendo que os médicos

ficaram na “retaguarda”, ou seja, atendendo nos consultórios os usuários encaminhados pela equipe que fazia a escuta no Acolhimento. Eliminou-se a ficha e a fila de madrugada, abrindo as portas da Unidade de Saúde, com atendimento a todos os usuários que a procurasse. Organizou-se a “sala de espera”, substituindo a recepção, onde um profissional de saúde se mantém para orientar o fluxo dos usuários.

O Conselho Local de Saúde teve um papel importante para a implantação do Acolhimento. Isso se deu principalmente, no período da semana anterior à data prevista, quando o Conselho procurou avisar à comunidade, o novo funcionamento da Unidade de Saúde. Além disto, no dia em que iniciou o Acolhimento, os conselheiros foram para a Unidade, orientar os usuários sobre o procedimento a adotar mediante a nova organização do serviço. Mais do que isto, no mês de abril, o Conselho Local de Saúde fez uma enquete para saber da satisfação dos usuários em relação ao Acolhimento, constatando uma aprovação superior a 80%.

Na semana em que inaugurou o Acolhimento, houve uma verdadeira “invasão” da Unidade de Saúde pelos usuários. Alguns, por acreditar que o atendimento a todos iria durar pouco tempo, e então seria necessário usufruir da oportunidade criada, e outros para se beneficiar da nova forma de funcionamento, procurando o atendimento de demandas há muito tempo não atendidas. Este movimento extraordinário nas primeiras semanas, se estabilizou em patamares suportáveis algum tempo depois.

O Processo de Trabalho no Acolhimento.

O Acolhimento, modifica radicalmente o processo de trabalho. O impacto da reorganização do trabalho na Unidade, se dá principalmente sobre os profissionais não

médicos, que fazem a assistência. No caso da UBS Rosa Capuche considera-se, a enfermeira, assistente social, técnica e auxiliar de enfermagem. Na atual situação, a “Equipe de Acolhimento” passa a ser o centro da atividade no atendimento aos usuários. Os profissionais não médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico, o conhecimento para a assistência, na escuta e solução de problemas de saúde, trazidos pela população usuária dos serviços da Unidade.

A enfermeira, além de acolher, garante a retaguarda do atendimento realizado pelas auxiliares de enfermagem. Essa retaguarda é feita em perfeita sintonia com as Auxiliares de Enfermagem, através de orientação sobre as condutas, e na utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da Unidade. Os protocolos indicam os procedimentos a serem adotados diante das queixas mais comuns feitas à equipe de Acolhimento. São elaborados seguindo o padrão técnico da Clínica e definem as atribuições dos profissionais no atendimento. No caso da enfermeira, esta definição é feita de acordo com a legislação própria que regulamenta seu exercício profissional. Na UBS Rosa Capuche, os protocolos orientam para que o enfermeiro prescreva vários exames e medicamentos, o que aumenta em grande medida a resolubilidade do enfermeiro na assistência, favorecendo enormemente o fluxo dos usuários. No modelo anterior, pela assistência estar centrada no médico, o enfermeiro não realiza todo o seu potencial técnico, reduzindo sua capacidade de intervenção. No novo modelo, os dados de rendimento, em estudo comparado com o período anterior ao Acolhimento, mostram que seu rendimento agora, é aumentado em 600%. (ver planilha e gráfico).

Esse novo papel da enfermagem na Unidade de Saúde, com Acolhimento, não se deu sem tensões. Subjaz a este processo, a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico. Como parte desse polêmico processo,

registra-se a convocação da Secretária Municipal de Saúde para depoimento na Câmara dos Vereadores para esclarecimento das modificações no atendimento nos Centros de Saúde e do fato das enfermeiras estarem “fazendo atendimento”. Foi importante também um concorrido debate sobre o Acolhimento, promovido pelo Sindicato dos Médicos de Minas Gerais, que contou com o relato de diferentes experiências de implantação da nova diretriz do modelo tecno-assistencial.

Tensionamento interno aliado a pressões externas, fizeram com que o Conselho Regional de Enfermagem fosse convidado pela Secretaria Municipal de Saúde, para discutir e arbitrar a questão: - Que condutas a enfermeira pode executar no serviço de saúde? O COREM por sua vez, homologou os procedimentos que já haviam sido estabelecidos na organização do trabalho da enfermeira no Acolhimento, com respaldo da legislação e dos protocolos da SESA/Betim, conforme já foi dito.

É importante registrar que, além de utilizar todo seu arsenal técnico, a enfermeira com a reorganização do processo de trabalho e instrumentalizada pelos protocolos, se vê dotada de MAIOR AUTONOMIA na função que exerce. Essa autonomia que nos referimos, deve ser entendida dialeticamente como a condição do profissional decidir sobre seu trabalho, o exercício pleno do “saber-fazer” no momento do procedimento assistencial. Permanece portanto, perfeitamente integrada ao trabalho em equipe, como condição para o funcionamento do Acolhimento.

Em relação à Auxiliar de Enfermagem, seu trabalho anterior à implantação do Acolhimento, se resumia às atividades próprias da sua função (curativo, injeção, vacina, distribuição de medicamentos) e apoio aos médicos, como bem relata Léa Maria Flora, Auxiliar de Enfermagem da UBS Rosa Capuche: - “Antes a gente trabalhava muito, trabalhava até mais, mas não era reconhecido. Tinha a pré-consulta que a gente fazia para

os médicos e deixava tudo amarrado para ele, fichas, prontuários, dados vitais verificados”. Hoje, a relação da Auxiliar com os médicos, é do Acolhimento para a retaguarda, após realizar a escuta do problema de saúde do usuário, ou seja, é uma relação circunscrita ao exercício multiprofissional. Não há subalterno, mas divisão de tarefas onde cada um cumpre sua função, de acordo com o lugar que ocupa na assistência ao usuário. A Auxiliar de Enfermagem, ao contrário do que era no modelo anterior, deixa de ser apenas um acessório na organização do processo de trabalho na Unidade de Saúde, para assumir a plenitude da sua profissão em benefício do atendimento com qualidade.

A Assistente Social, participa do Acolhimento e coordena os grupos programáticos. Considerada atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência, os programas são fator importante na garantia do sucesso do Acolhimento. Isto porque resolve grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde. Na UBS Rosa Capuche, hoje estão organizados grupos programáticos para atendimento a Diabetes, Hipertensão, Puericultura, Verminose (crianças), Pré-Natal, Planejamento Familiar, Sexualidade/DST-AIDS. Além destes grupos, as Assistentes Sociais participam do trabalho extra-muros, de vigilância à saúde.

No caso específico dos médicos, nota-se que seu processo de trabalho não foi modificado, tanto quanto seria necessário para causar impacto na assistência, a partir do seu trabalho específico. O seu trabalho foi organizado de forma que o médico ficou às vezes na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento), outras vezes na equipe de acolhimento. Houve inclusive redução do agendamento, porém, sem grande sucesso na sua inserção no novo modelo. Observa-se diversas tentativas de modificação do processo de trabalho dos médicos, o que demonstra a busca incessante da equipe da UBS Rosa Capuche de chegar ao nível ótimo da atenção à saúde, através do

Acolhimento. O problema é que, todas as alternativas tentadas para alterar o processo de trabalho dos médicos, inserindo-os no Acolhimento, deram pouco resultado. Isto, porque em todas elas permanecia incólume a velha lógica da consulta/agenda, determinante neste processo. Voltaremos a esse tema mais à frente.

Os Números do Acolhimento

A seguir, relacionamos o resultado da aplicação de diversos indicadores, que dizem respeito a medidas de avaliação da Unidade de Saúde e do Acolhimento.

A) ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DA UNIDADE DE SAÚDE

Tabela 1 - Média Mensal de Atendimentos Realizados pelos Servidores da UBS Rosa Capuche, no Ano de 1995 e 1996. Média Mensal de Horas Trabalhadas e Rendimento dos Servidores.

Período	Média At. Mês	Hs. Trabalhadas
Março/95 a Fev/96	1.342	1.456 / mês
Março/96 a Fev/97	4.455	1.665,7 / mês
ACRESCIMO	(+ 332%)	(+ 14,4%)

Fonte de dados: Boletim de Produção Ambulatorial e Folha de Frequência da UBS Rosa Capuche.

Os dados comparados de acessibilidade aos serviços, demonstram o aumento extraordinário do atendimento geral da Unidade, com a implantação do Acolhimento e a reorganização do processo de trabalho. O rendimento será detalhado a seguir, com indicador específico.

Em relação ao Acesso, as palavras de Márcia da Conceição Campos, enfermeira da UBS Rosa Capuche, contribuem no entendimento da modificação ocorrida com a implantação do Acolhimento: - “Uma das coisas que o Porta Aberta fez, foi isso, a gente passou a enxergar o que não enxergava antes, porque a porta barrava e as pessoas não chegavam aqui dentro. Então a gente começou a entender que vivíamos numa área crítica e que tínhamos que dar conta de alguns problemas, porque eles começaram a aparecer aqui dentro com o Acolhimento. Antes, a porta estava fechada pra eles, porque o usuário não tinha acesso”. “... começamos a conhecer nosso usuário”.

B) INDICADOR DE RENDIMENTO

1. Para avaliação da UBS, através de estudo comparado de dados, antes e após a implantação do Acolhimento.

Período: Março a Agosto de 1995 e 1996

N.º de consultas realizadas _____

N.º de horas trabalhadas por especialidade de nível superior

Objetivo: Medir o RENDIMENTO dos profissionais de nível superior, antes e após o Acolhimento.

Fonte: Numerador - BPA no serviço de Bioestatística da SESA.

Denominador - Quadro de frequência da UBS Rosa Capuche.

Obs.: Na análise comparada de dados, verifica-se se há alteração do rendimento dos profissionais, na nova modalidade de organização dos serviços, de acordo com a diretriz do Acolhimento, que propicie aumento da oferta de serviços e conseqüentemente, do ACESSO.

Resultados:

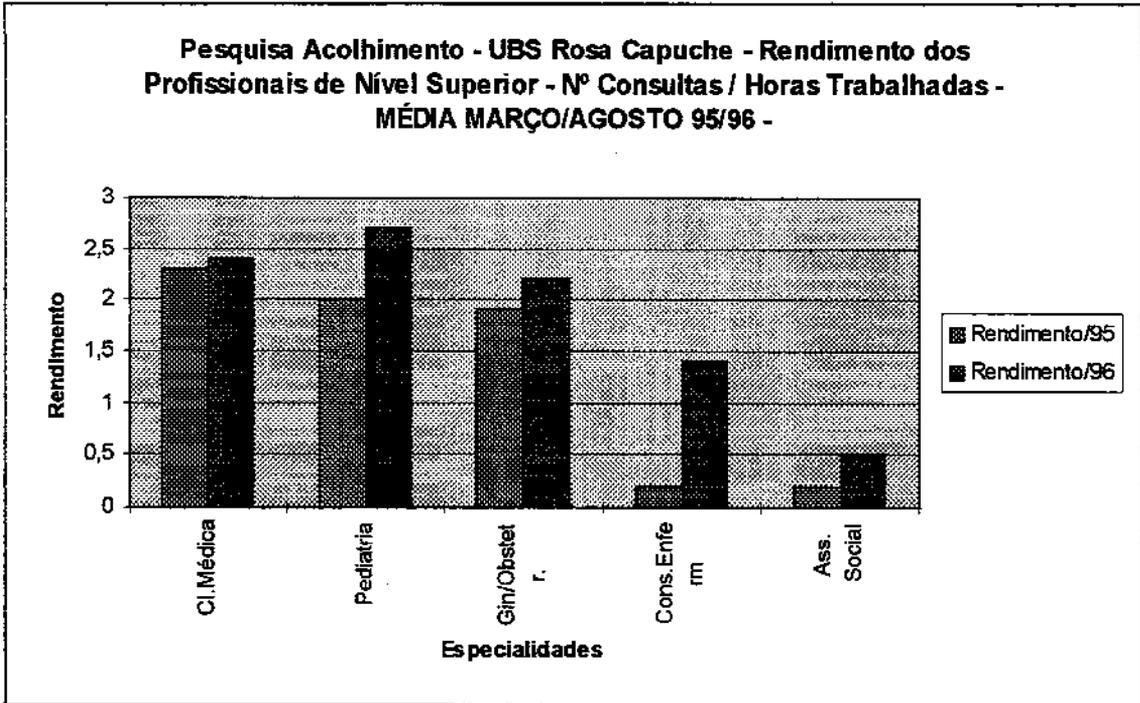
Tabela 2 - Rendimento dos profissionais de nível superior, da UBS Rosa Capuche, por período de um ano, antes e após o Acolhimento.

	Cl.Médica	Pediatria	Gin/Obstetr.	Cons.Enfer	Ass. Social
Rendimento/95	2,3	2	1,9	0,2	0,2
Rendimento/96	2,4	2,7	2,2	1,4	0,5
Percentual	(+) 4,3%	(+) 35%	(+) 15,7%	(+) 600%	(+) 150%

Fonte: BPA no serviço de Bioestatística da SESA.

Quadro de frequência da UBS Rosa Capuche.

Gráfico 1 - Rendimento dos profissionais de nível superior - Nº de consultas / Horas trabalhadas, da UBS Rosa Capuche - Betim; média de março 95 a agosto 96.



Avaliação dos resultados:

Constata-se pelos dados de produção/horas trabalhadas, o aumento extraordinário do rendimento da enfermeira e As. Social.

O dado acima confirma a tese de que a enfermeira e assistente social, com a reorganização do processo de trabalho, utilizam todo o seu potencial para a assistência. Este rendimento, associado ao das auxiliares de enfermagem, garante impacto extraordinário no acesso aos usuários.

C) INDICADOR DE RESOLUBILIDADE* DA EQUIPE** DE ACOLHIMENTO

Para avaliação do Acolhimento, em estudo longitudinal.

N.º de pessoas que tiveram seus problemas resolvidos pela equipe de Acolhimento.

N.º de pessoas atendidas pela equipe de Acolhimento

* Como “Resolubilidade”, neste caso, considera-se a solução de queixas pela equipe de Acolhimento, sem outro tipo de encaminhamento.

** Como “Equipe de Acolhimento”, considera-se a equipe multiprofissional, organizada na Unidade, para fazer a escuta dos problemas de saúde trazidos pelos usuários. Na UBS Rosa Capuche, essa equipe foi organizada contando com a enfermeira, assistente social e auxiliares de enfermagem.

Objetivo: Verificar a resolubilidade da equipe de Acolhimento.

Fonte: Boletim do Acolhimento.

Resultados:

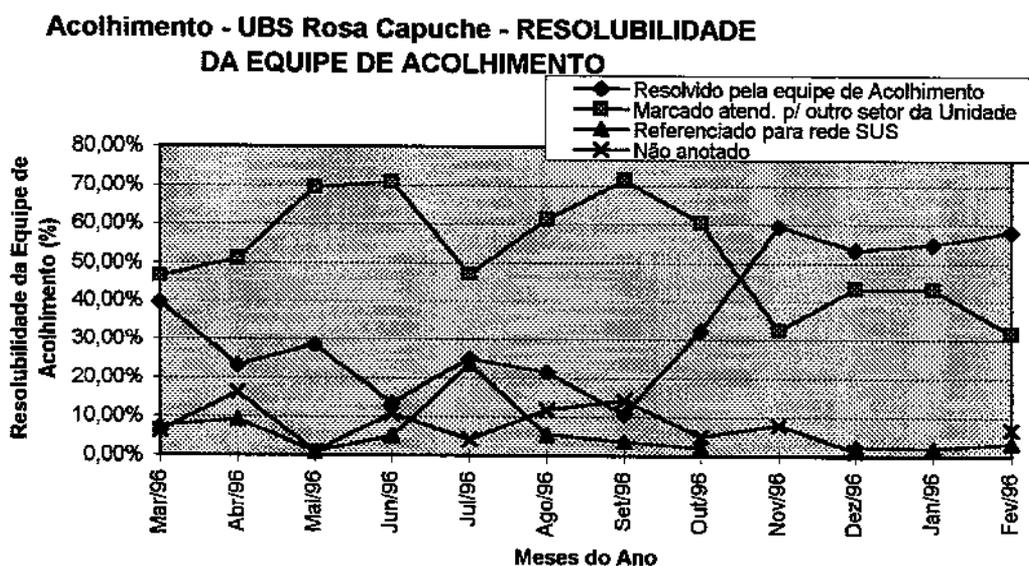
Tabela 3 - Distribuição dos problemas de saúde que se apresentaram à equipe de acolhimento da UBS Rosa Capuche, segundo a Resolubilidade e encaminhamentos adotados, apresentados em frequência relativa, por períodos mensais.

	Mar/96	Abr/96	Mai/96	Jun/96	Jul/96	Ago/96
Resolvido pela equipe de Acolhimento	39,60%	23,30%	28,60%	13,60%	25,00%	21,50%
Marcado atend. p/ outro setor da Unidade	46,50%	51,20%	69,50%	70,90%	47,20%	61,30%
Referenciado para rede SUS	7,55%	9,30%	1%	4,90%	23,60%	5,40%
Não anotado	6,30%	16,30%	1%	10,70%	4,20%	11,80%

	Set/96	Out/96	Nov/96	Dez/96	Jan/97	Fev/97
Resolvido pela equipe de Acolhimento	10,70%	32,30%	59,50%	53,40%	54,90%	58,30%
Marcado atend. p/ outro setor da Unidade	71,40%	60,60%	32,50%	43,20%	43,10%	31,70%
Referenciado para rede SUS	3,60%	2,00%	1%	2,30%	1,90%	3,30%
Não anotado	14,30%	5,00%	7,90%	1,10%	4,20%	6,70%

Fonte de dados: Boletim do Acolhimento da UBS Rosa Capuche.

Gráfico 2 - Resolubilidade da Equipe de Acolhimento da UBS Rosa Capuche (Betim-MG) em frequência mensal, no período de março/96 a fevereiro/97.



Avaliação dos resultados:

Corroboram para a resolubilidade da equipe de Acolhimento, fatores que atuam juntos e simultaneamente, quais sejam:

1. Discussões permanentes entre a equipe da Unidade de Saúde, para avaliar e reprocessar o Acolhimento.
2. Capacitação da equipe, adquirida com a própria experiência no atendimento. A experiência adquirida proporciona segurança para decidir, efetivamente “fazer” a partir de determinado “saber” adquirido na vivência da assistência ao usuário.
3. Utilização de protocolos, elaborados pela equipe técnica da UBS, os quais indicam a conduta a ser adotada diante dos problemas de saúde que mais se

apresentam no Acolhimento. Os protocolos são uma referência técnica segura para os procedimentos no Acolhimento.

4. Interação da equipe, com enfermeiras e médicos fazendo a retaguarda do Acolhimento e a capacitação em serviço. A indicação de determinada conduta, pressupõe uma decisão do profissional que no modelo tradicional, se apresenta como um ato isolado, solitário. Com o Acolhimento, este ato é dividido com a equipe, contando com o apoio e a cumplicidade dos outros profissionais.
5. Funcionamento dos grupos programáticos, que haviam deixado de funcionar, no início da implantação do Acolhimento, dado à priorização do trabalho exclusivamente assistencial naquele momento específico.

A gestão da Unidade com Acolhimento

O processo de gestão da Unidade de Saúde é compatível com o modelo tecno-assistencial. Assim, o Acolhimento só é possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe. Isto, porque a inversão do modelo tecno-assistencial, com mudanças estruturais no processo de trabalho, pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz. Este compromisso com a mudança, com a construção do dever, só é possível quando os profissionais discutem e efetivamente podem decidir sobre a organização dos serviços na Unidade de Saúde.

Os fóruns de deliberação interna, (Colegiado Gestor, formado pela gerente da Unidade e representantes dos trabalhadores, eleitos entre os próprios e o Fórum Saúde, formado pela gerente e todos os trabalhadores da Unidade), na UBS Rosa Capuche, foram organizados antes da implantação do Acolhimento. Mas, ganharam vitalidade,

dinâmica e funções bem definidas após a implantação da nova proposta de organização dos serviços. O processo de debate interno que se desenvolveu no período pós Acolhimento, se caracterizou por uma troca permanente de reflexões na condução das questões pertinentes aos serviços, quanto na extrema criatividade em encontrar soluções para os novos problemas que surgiam, a partir da reorganização do processo de trabalho. Demonstrativo disto, são as diversas tentativas de modificar o processo de trabalho dos médicos, a partir da sua inserção no Acolhimento.

A gestão democrática e participativa, criou oportunidade para que se experimentasse na Unidade de Saúde, um processo pedagógico, auto-conduzido, de extrema riqueza. Os trabalhadores passaram a conhecer o usuário, a partir do momento que este adentrou à Unidade. Por outro lado, o permanente contato com a assistência, as inúmeras reuniões dos fóruns, discussões técnicas, de grupos programáticos, o debate sobre a política de saúde, levaram a que os trabalhadores assimilassem um conhecimento importante acerca da sua realidade e da realidade institucional. Podemos dizer que eles adquiriram capacidade de auto-análise o que deu-lhes possibilidade de autogestão na organização do processo de trabalho e por conseqüência, dos serviços. O Colegiado Gestor e o Fórum Saúde, se tornaram assim, por excelência, dispositivos auto-analíticos e autogestionários, que protagonizaram um processo instituinte e organizante no interior da Unidade de Saúde. É ilustrativo desta questão, o fato dos trabalhadores, decidirem nestas instâncias, inúmeras vezes, formas novas de trabalho, criativas, numa tentativa cotidiana de criar e recriar alternativas ao velho método.

O Acolhimento portanto, podemos afirmar, criou uma grande mobilização na Unidade, em todos os sentidos, com repercussões inclusive para a comunidade e até mesmo para outros segmentos sociais. Detona processos importantes, favorecendo a

instalação do novo, em permanente mudança, processada pelos trabalhadores, numa troca incessante de experiências, debates e formulações novas, criativas e criadoras de instrumentos originais para o trabalho em saúde.

Associa-se a esse modelo de gestão, o planejamento estratégico situacional, incorporado no instrumental de trabalho da Unidade de Saúde, através da colaboração do LAPA-UNICAMP e com a interferência do Grupo de Apoio à Gestão - GAG. Foi muito importante, a utilização deste potente instrumental na construção de um projeto alternativo, como se coloca o Acolhimento. Isto, pelo fato de possibilitar a análise real da situação vivida pela Unidade, a influência de cada Ator Social nesta dada realidade e as possibilidades para o futuro. Para além desta análise, o planejamento possibilita visualizar a construção do projeto como processo e colocar toda equipe em movimento para os mesmos objetivos. O planejamento contribui ainda para a avaliação permanente do trabalho que está sendo desenvolvido.

PARTE III - Concluindo

O Acolhimento como fator de mudança

O que transparece de forma enfática em todo o trabalho de investigação sobre o Acolhimento, é sua contemporaneidade, ou seja, a capacidade de se colocar no nosso tempo, mobilizar energias adormecidas, reacender a esperança e colocar em movimento

segmentos importantes dos serviços de saúde, como grupos sujeito que se propõem à construção do novo, a fazer no tempo presente, aquilo que é o objetivo no futuro.

Discutindo um pouco mais esta questão, lembremos que a história brasileira, é marcada pela exclusão social da grande maioria da população. Apesar de se modificarem, ao longo do tempo, o cenário político nacional, os grupos dominantes no poder, em todas as épocas, o modelo de saúde se define sempre, pela exclusão de significativos segmentos sociais.

A conjuntura política na década de 80, com a derrota da ditadura militar, o ascenso dos movimentos populares urbanos, criou um ambiente favorável às mudanças. A conjunção destes fatores, criou no país uma atmosfera política favorável à ruptura com o modelo de assistência à saúde do passado, podendo assim, os proponentes da reforma sanitária, partir para a construção de um sistema de saúde, com diretrizes definidas a partir do entendimento de que a saúde é um direito, concluindo com os princípios de cidadania.

A proposta do Sistema Único de Saúde, neste sentido, mobilizou extensas e profundas energias. A sua natureza e formação, combinam ao mesmo tempo profundas raízes na sociedade contemporânea, representação político-institucional e tecnicamente a nova proposta se mostra bastante substantiva e consistente. Desta forma, o SUS para todo o segmento da saúde e mesmo fora deste espaço, é a síntese do novo, representado nas profundas transformações políticas da época. A nova proposta traz no seu bojo, a perspectiva da realização de sonhos cultivados por várias gerações. Mais do que encarnar a esperança de mudança, ele é, no imaginário popular, a própria mudança.

Ato contínuo à aprovação do Sistema Único de Saúde na “Constituição Cidadã”, promulgada em 1988 e já no contexto da sua regulamentação através das Leis Orgânicas

da Saúde em 1990, o SUS foi notoriamente secundarizado pelos governos federais que se sucederam nos próximos anos. A sabotagem se inicia a partir das reduzidas verbas destinadas à saúde pelo governo federal, até a resistência ao cumprimento dos pressupostos definidos em Lei, de organização e funcionamento do Sistema de Saúde.

Os objetivos conquistados no final dos anos 80, se dissipam e agonizam nos anos 90. Novo desafio se coloca aos que defendem uma política de saúde voltada aos interesses da maioria da população, qual seja: Além da denúncia enfática da política governamental, era necessário articular uma proposta que reacendesse a esperança, criando um ambiente favorável a que se abrisse novo ciclo de luta. Isto só é possível, se se constituir uma nova utopia, capaz de falar a amplos segmentos sociais.

Pode até não ser esta, a intenção inicial da proposta do Acolhimento, mas no imaginário coletivo, ele é a realização da utopia construída com o advento do SUS e perdida no momento seguinte, com a constituição de uma hegemonia neoliberal nos serviços de saúde. A grande capacidade do Acolhimento, de articulação junto a espaços correlatos aos serviços de saúde e mesmo, a identidade que ele é capaz de formar com amplos segmentos sociais, tem razões que se explicam através da recente história das políticas de saúde e por consequência, tem raízes sociais significativas. É notório que o Acolhimento, enquanto diretriz do modelo tecno-assistencial aparece consoante à conjuntura de mudanças, que estão sendo disputadas, no cenário das Políticas de Saúde no Brasil.

O Acolhimento portanto, associa na forma exata, o discurso da inclusão social, da defesa do SUS a um arsenal técnico extremamente potente, que vai desde a reorganização dos serviços de saúde, a partir do processo de trabalho, até à constituição de dispositivos auto-analíticos e autogestionários, passando por um processo de

mudanças estruturais na forma de gestão da Unidade. O resultado esperado, de imediato é a inversão do modelo tecno-assistencial. Porém, como um processo em construção que se firma ao longo do tempo, outras resultantes podem ser esperadas, de médio prazo, com o acúmulo que vai se formando ao longo do tempo e da experiência acumulada.

Potencializa a proposta do Acolhimento a capacidade de estabelecer adesão entre os usuários e trabalhadores de saúde, particularmente. Os primeiros pela satisfação com os resultados, diante do atendimento no serviço de saúde e os trabalhadores, na motivação, por encontrarem uma alternativa profissional satisfatória, de realização pessoal e coletiva que o Acolhimento proporciona. Esse encadeamento político fortalece sobremaneira a proposta.

No decorrer do relato dos resultados desta pesquisa, já foram apresentadas as espetaculares vantagens que o Acolhimento trouxe à organização dos serviços da Unidade Básica Rosa Capuche. Por isto mesmo, na conclusão, vamos nos ater aos problemas verificados junto à implementação da nova proposta, possibilitando sua discussão, numa tentativa de superação dos limites do Acolhimento.

Problemas de primeira hora

O primeiro problema enfrentado, para implantação do Acolhimento, diz respeito ao temor, próprio da condição humana, de encarar o novo, por excelência o desconhecido. Por maior que seja o conhecimento teórico da inversão do modelo tecno-assistencial, e foi assim com o Acolhimento, na hora de implantar, aparece o medo, sentimento próprio dos mortais. Isso, se expressa muito bem, nas palavras da gerente da UBS Rosa Capuche, Marly Gay Calazans Resende: "...O que demorou a implantar o

Acolhimento foi o medo de enfrentar o usuário, medo de abrir a porta”. ... “Durante muitos anos, toda nossa vida, nós nos acostumamos com a fila. Isso ficou muito arraigado nas pessoas. Acho que é o medo até de mudar o processo de trabalho. Agora, depois do planejamento local, sentimos que se a gente não abraçasse a questão do Acolhimento, não adiantava discutir mais nada na Unidade”. De fato, observa-se que a discussão do Acolhimento prolongou por mais de 9 meses entre as diversas reuniões da equipe e dos fóruns colegiados, até a decisão da sua implantação no final de fevereiro de 1996.

Vencida esta primeira dificuldade, o Acolhimento chegou, encontrando uma Unidade de Saúde, que vinha há muitos anos funcionando com reduzida oferta de serviços, baixa presença dos usuários devido à inacessibilidade à Unidade e por consequência, incalculável demanda reprimida, não apenas para os serviços próprios da UBS, mas como também para os procedimentos especializados. Implantando o Acolhimento, aqueles problemas anteriormente existentes no serviço, apareceram de forma enfática, muito mais evidentes. Embora possa parecer paradoxal, isto foi positivo, porque tornou claro o quanto a organização do serviço estava defasada em relação às necessidades da população. Assim, o processo de mobilização criado a partir do Acolhimento, forçou soluções para todas estas questões. Estas soluções vieram em parte da própria Unidade, ou mesmo através da Secretaria de Saúde ou do Governo Municipal.

Olhando um pouco sobre alguns medos em torno do Acolhimento, vale destacar aquele que se refere a falsa noção de que o mesmo leva a UBS a se tornar um “peazão”. Do mesmo modo que em Belo Horizonte, onde o Acolhimento já é uma realidade mais ampla e experimentada, o Acolhimento permite a de fato tornar a UBS em um verdadeiro estabelecimento de saúde onde se faça saúde pública, pois uma coisa é o uso até do

“pronto atendimento” como um recurso a mais para abordar o usuário, e outra coisa é reduzir a UBS em um lugar exclusivo onde só se faz “pea”. Temos visto que o Acolhimento tem aberto a unidade a receber e incorporar os grupos de riscos como uma realidade sua à qual deve dar uma resposta individual e coletiva, e pela qual tem que se responsabilizar.

Limites do Acolhimento

Após um ano de implantação do Acolhimento na Unidade, permanecem três questões que se impõem como limites à nova diretriz, sobre os quais devemos nos debruçar para encontrar as alternativas técnicas para sua consolidação, quais sejam:

1. A pequena inserção dos profissionais médicos no Acolhimento. Isto, não diz respeito apenas à sua participação, o que inclusive acontece, mas o processo de trabalho do médico se altera pouco, em vista dos outros profissionais. O dado de RENDIMENTO, verificado no gráfico, é um dos indicadores deste problema.
2. O agendamento de consultas médicas permanece como um nó crítico no serviço. A diretriz do Acolhimento pressupõe agenda aberta para os casos que necessitem, porém isto permanece negociado (e não sem tensões) com os médicos. À questão “Participa do Acolhimento ou Consulta”, a equipe da Unidade tenta encontrar um caminho, onde o médico faça os dois, sem contudo, chegar a uma solução satisfatória.
3. Um terceiro desafio, é a conciliação do trabalho da assistência, dentro da Unidade de Saúde, com o trabalho “extra-muros”, muito enfatizado pela equipe da UBS Rosa Capuche. Os relatos deixam claro que o Acolhimento absorveu o

trabalho dos profissionais, não restando tempo para a “vigilância à saúde”, na área de abrangência. Após algum período, e com a incorporação de novos profissionais ao trabalho da Unidade, essas atividades foram retomadas, mas de forma incipiente e aquém do que era antes, insatisfatória, na opinião de alguns.

Desafios para a consolidação da inversão do modelo assistencial

Podemos começar por refletir sobre os limites do Acolhimento, relacionados acima. Uma primeira questão que fica evidente é a seguinte: Por quê não se conseguiu incorporar o profissional médico, a ponto da sua participação específica causar impacto na solução dos problemas de saúde da população usuária?

A primeira questão a ser pensada é a seguinte: O trabalho nos estabelecimentos de saúde e entre eles, na Unidade Básica, é organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelado. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho do médico e entre estes, de cada especialidade médica. Assim, sucessivamente, em colunas verticais vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, de um lado pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais, e por outro, no caso dos médicos, pela especialização do saber e conseqüentemente do trabalho em saúde.

A organização parcelar do trabalho, fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A super especialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que

tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho.

O Acolhimento, ao reprocessar o trabalho na Unidade de Saúde, com base na formação de uma equipe multiprofissional “Equipe de Acolhimento”, conseguiu quebrar a verticalidade da organização do trabalho na Unidade, mexendo radicalmente no processo de trabalho dos profissionais não médicos. Contudo, não foi possível romper com a lógica do trabalho médico, que se dá em torno da “agenda/consulta”. Assim, enquanto os outros profissionais interagem em equipe, de forma extremamente dinâmica, acompanhando o resultado do seu trabalho, os médicos permanecem fechados num círculo vicioso, visualizando parcialmente a realidade.

E como poderia ser resolvida essa questão, finalmente?

Nossas reflexões a partir de então, seguem em sintonia e cumplicidade com as formulações recentes do Laboratório de Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde - LAPA (DMPS-UNICAMP). Estes, consideram o Vínculo, como a diretriz que acoplada ao Acolhimento, é capaz de garantir o real reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, resolvendo definitivamente a divisão de trabalho compartimentada e saindo da lógica “agenda/consulta” para uma outra da responsabilização de uma equipe multiprofissional, com o resultado do trabalho em saúde, o que Gastão Wagner de Sousa Campos chama de “A Obra”. Assim, “...em relação ao trabalho clínico, não haveria como valorizar-se a Obra sem um processo de trabalho que garantisse os maiores coeficientes de Vínculo entre profissional e paciente”.

(Sousa Campos, 1997 ⁶). Considera-se Vínculo, a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo.

O atendimento em Saúde seria feito através da adscrição da clientela a determinada equipe da Unidade de Saúde, formada no mínimo pelo médico, enfermeiro, pediatra, gineco-obstetra e auxiliares de enfermagem. Esta equipe passaria a se responsabilizar pelas pessoas inscritas, devendo para isto, mobilizar todos os recursos dentro e fora da Unidade, que possam favorecer a este objetivo, seja exames, consultas especializadas, internação, etc...

A equipe deve ter autonomia para agir, mobilizar os recursos necessários para fazer saúde. É importante, a avaliação permanente do seu trabalho, agora facilitado, na medida que este resultado é produto do labor de um mesmo grupo multiprofissional, ou seja, foram as mesmas pessoas, que desenvolveram todo o processo vivido pelo usuário, individual ou coletivo no seu processo saúde-doença.

O trabalho extra-muros poderia ser feito de duas formas. Uma primeira, deve ser realizado pelas equipes multiprofissionais da Unidade de Saúde, que ao responsabilizar-se pela sua clientela, pode mobilizar recursos inclusive de visitas e internações domiciliares, ou mesmo outros recursos que se encontram juntos à comunidade. Uma outra forma, diz respeito à vigilância à saúde. Esta, deve ser feita, combinada com o Planejamento e Gestão dos serviços de saúde e em perfeita sintonia com a realidade social, econômica, epidemiológica local e as necessidades dos usuários daquela região. Este trabalho deve ser executado por uma equipe, formada especificamente com este objetivo, podendo atuar vinculada à Unidade ou a várias Unidades de uma mesma região da cidade, e auto intitulada "Equipe de Saúde Pública".

6. Ver in Merhy, E.E. e Onocko, R. - Agir em saúde...

Estas diretrizes gerais fazem parte da mais recente experiência de organização de serviços de saúde, alinhados à perspectiva de efetiva construção de um Sistema de Saúde com base no acesso a todos, equidade, integralidade das ações, eficaz, com atendimento de qualidade e humanizado e sob controle social.

BIBLIOGRAFIA

1. Barembliit, G.; 1992; *Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes*; Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro.
2. Bueno, W. S.; 1997, "Betim: construindo um gestor único" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - *Agir em Saúde. Um desafio para o público*, Hucitec, São Paulo.
3. Campos, Gastão W. S.; 1997, "Subjetividade e administração de pessoal" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - *idem; ibidem*.
4. Cecílio, L. C (org.); Merhy, Emerson; Campos, Gastão W. S.; 1994; in *Inventando a Mudança na Saúde*; Hucitec, São Paulo.
5. Merhy, E. E. ; 1997, "Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - *Agir em Saúde. Um desafio para o público*, Hucitec, São Paulo.
6. Merhy, E.E. 1997, "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas" in Merhy, E.E. e Onocko, R. (orgs.) - *idem; ibidem*.
7. Merhy, E.E.- 1997, "Em busca de ferramentas..." in Merhy, E.E e Onocko, R. (orgs.) - *idem; ibidem*.

Nota: Este artigo está aprovado para publicação no Cadernos de Saúde Pública, editado pela ENSP - Rio de Janeiro, 1999.

**PSF: CONTRADIÇÕES DE UM PROGRAMA DESTINADO À
MUDANÇA DO MODELO TECNOASSISTENCIAL.**

Túlio Batista Franco
Psicólogo Sanitarista
Mestrando em Saúde Coletiva
DMPS/UNICAMP

Emerson Elias Merhy
Médico Sanitarista
Professor Doutor
DMPS/UNICAMP

RESUMO

O Programa de Saúde da Família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde.

O atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico.

Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a “produção do cuidado”, entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução.

Palavras-Chave: Programa de Saúde da Família, PSF, Modelo Assistencial, Gestão, Planejamento, Processo de Trabalho.

SUMMARY

The Program of Health of the Family (PHF) is today one of the main answers of the Ministry of the Health to the crisis lived in the section. A comparative study of PHF with the Community Medicine and the Primary Actions of Health (Alma Ata, 1978) it shows similarities among the three proposals, that are organized starting from an ideal

and they operate through the theoretical nucleus of the epidemiology and surveillance to the health.

The current assistance model to the health, is characterized as " producing of procedures", because the production of services gives herself starting from the clinic exercised by the doctor which uses mainly the technologies hard /leaven. PHF, when summarizing its action to the surveillance to the health, with shy incursion in the clinic, doesn't have potency to revert this configuration of the Medical Model Hegemonic.

For a social assistance model centered in the user, it intends a process of work multiprofessional and determined by technologies soft /leaven, with the " production of the care ", expert while actions of Reception, Entail, own nomination and Resolution.

Key- Words: Program of Health of the Family, PHF, Social Assistance Model, Administration, Planning, Process of Work.

PARTE I - A GUIA DE INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família - PSF - foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tem notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Desde então, tem sido uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais para reorganização dos serviços de

saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce, com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniquidades”.⁷ O mesmo documento avalia que a assistência à saúde, tal como é praticada hoje é “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos e tem uma visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas”.⁸ Portanto, o Programa de Saúde da Família é a principal resposta que tem sido oferecida, no âmbito da assistência, pelos órgãos governamentais, à crise do modelo assistencial.

Em documento propositivo para a organização do PSF no Brasil, publicado sob responsabilidade do Ministério da Saúde em outubro de 1998, afirma-se que o objetivo do PSF é “a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas”.⁹

O mesmo documento, elenca os princípios (abaixo) sob os quais a Unidade de Saúde da Família atua:

⁷ “Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde”; MS, mimeo, Brasília, março/1996; pág. 2.

⁸ *idem*; *ibidem*.

⁹ “Programas e Projetos - Saúde da Família”; MS, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).

“Caráter substitutivo: Não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição as práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;

Integralidade e Hierarquização: A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurado a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados na atenção básica.

Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adscrita a esta área. Recomenda-se que uma equipe seja responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 4.500 pessoas.

Equipe multiprofissional: A equipe de Saúde da Família é composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas sob a responsabilidade da equipe - numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.”¹⁰

O novo formato da assistência proposto no âmbito do Programa de Saúde da Família, tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização de uma determinada equipe, e é por excelência o locus operacional do programa. Aqui comparece todo o arsenal de conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia / vigilância à saúde, cujo instrumental ocupa um papel

central nas práticas da Equipe de Saúde da Família. À equipe, se inscreve uma determinada população do território (de 600 a 1.000 famílias), articulando assim a idéia de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela.

A clínica, enquanto campo de conhecimento e práticas específico, é vista com “desconfiança” nos textos governamentais que discutem, atualmente, modelos assistenciais, como por exemplo, a Norma Operacional Básica publicada pelo Ministério da Saúde em 1996. Também na elaboração de uma proposta para o PSF, a clínica assume uma função subsidiária, como se esta não tivesse competência para atuar junto à saúde pública e para ser útil ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde, e fosse necessário “contamina-la” pela epidemiologia (Bueno & Merhy, 1997). Prevalece no âmbito de discussão do PSF, a dúbia dicotomia entre Epidemiologia e Clínica, como se a primeira fosse a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista e portanto, merecesse a rejeição das propostas assistenciais formuladas no âmbito da saúde coletiva. Esta contraposição entre a epidemiologia e clínica leva à percepção que a clínica no PSF deve ser subsumida pela epidemiologia, o que a nosso ver cria sérias restrições para que seja utilizada em todo seu potencial como uma forma de trabalho em saúde, também central para a produção dos serviços de saúde. Além do mais, toma-se certas modelagens do trabalho clínico médico, pelo conjunto da prática clínica (Merhy, 1998).

O processo de trabalho é dividido entre uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. As funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório

¹⁰ Idem; *ibidem*.

pelo médico e enfermeira. As visitas são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. O PSF trabalha a idéia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de alterar o perfil “higiênico” da população e assim, prevenir os agravos à saúde. A capacitação dos recursos humanos é vista como uma questão estratégica para o Programa. A equipe tem as suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional.

O PSF trabalha a idéia do planejamento e programação para formular os projetos específicos de implantação do Programa. Propõe o Planejamento Estratégico Situacional como a ferramenta a ser utilizada para este fim, fazendo uma assimilação de uma parte da produção de setores sociais implicados com a implantação do SUS, e por isso mesmo gerando um posicionamento paradoxal junto aos vários ramos destes setores, pois parte deles têm se posicionado a favor e parte contra as suas proposições. E, mesmo junto aqueles que não se contrapõe as suas indicações há posições de gamas muito variadas.

Neste sentido, este artigo se propõe a uma análise do Programa de Saúde da Família, a partir do processo e das tecnologias de trabalho em saúde, como território dos fazeres e portanto, produtor do cuidado em saúde, em busca de uma compreensão de suas possibilidades e limites. Serão descritas a estrutura e organização do Programa, no sentido de desvendar o núcleo epistemológico que alimenta o PSF e seu campo operativo. Pretendendo-se ao final esboçar uma idéia geral sobre o perfil do PSF e sua inserção na arena de disputas de projetos para a implementação do Sistema Único de Saúde, no Brasil. E procurar entender, nesse jogo, qual é a aposta do PSF?

Além deste debate de fundo, o texto faz pequenas incursões na História da Saúde Pública, a título de ilustração do tema em questão, mas também, para demonstrar que em

muitos casos, “não se está inventando a roda”, quando se propõe algo pretensamente original para os serviços de saúde.

Não é pretensão deste texto, ao abrir um debate crítico sobre o PSF, fechar questões, mantendo a convicção de que novos campos de investigação estão dados a partir das questões aqui colocadas.

O aparecimento da saúde pública como política¹¹

A modelagem de serviços de saúde, aparece ao longo do tempo como uma questão eminentemente política. Naturalmente que a esfera política faz interfaces com o mundo econômico-social e muitas vezes o argumento ligado às questões financeiras e técnicas têm servido aos governos, como justificativa para implantar determinado tipo de assistência à saúde. Mas, sempre a questão do poder político tem sido determinante na viabilização de projetos assistenciais para a saúde.

A idéia de uma política voltada para a assistência à saúde, aparece pela primeira vez no século XVII, através da edição pelo governo da Inglaterra da Lei dos Pobres em 1601. “A Lei dos Pobres introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade” (Domangelo; 1976 : 64). À antiguidade da questão política definindo os rumos da saúde, soma-se a forte presença do desenvolvimento

¹¹ Política aqui significa “... atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a *pólis*, ou seja, o Estado”. Deriva da origem clássica do adjetivo *pólis* (*politikós*), que significa tudo o que se refere à cidade e, conseqüentemente, o que é urbano, civil, público, e até mesmo sociável e social. (Bobbio; 1983 : 954).

industrial no cenário econômico e social, trazendo suas questões como referência para que os governos, tomassem suas decisões em relação ao universo sanitário. Isto é cada vez mais freqüente, principalmente com o advento da revolução industrial, séc. XVIII e XIX, pela espetacular e rápida mudança no panorama urbano, e nos perfis demográfico e sanitário da Europa.

No período, o crescimento industrial fez ocorrer intenso movimento migratório do campo para as cidades, que passaram a aglomerar milhões de novos habitantes, sem as mínimas condições de moradia, higiene e infra-estrutura básica para estas famílias. Os operários assim, moravam em velhos cortiços, ajuntamentos de famílias em lugares insalubres, nos bairros pobres, trabalhando em ritmo acelerado até 16, 18 horas por dia, inclusive as mulheres e crianças. Os locais de moradia e as fábricas se tornaram então, lugares de propagação de doenças geradas por um lado pelas precárias condições sanitárias e por outro lado, pelo ritmo e condições de trabalho, respectivamente. As pesadas cifras de morbidade e mortalidade no período eram inchadas por alto índice de acidentes de trabalho que se verificavam na atividade laboral. Surge a preocupação entre os empresários com a saúde dos trabalhadores, no sentido de preservar a mão de obra operária. Sua ausência do trabalho por doenças ou morte, significava redução da produção e conseqüentemente dos ganhos gerados pela indústria. No entanto, a função de proteger a saúde dos cidadãos é dada ao Estado. Além da Lei dos Pobres de 1601, e diante da dura realidade imposta pelos novos problemas sanitários presentes na época, importantes iniciativas de preservação da saúde dos trabalhadores, principalmente diante dos malefícios das condições de trabalho foram editadas. A razão econômica se transforma em instrumento da política. Nesta remota época, as políticas de saúde têm sido em grande medida servas dóceis do senhor capital, o que em parte se preserva até os dias

de hoje. Não é que as medidas referentes a fundar um serviço de saúde não fossem necessárias e importantes, mas o que se verifica, é toda uma racionalidade ditada pelo capitalismo, guiando as atitudes governamentais. O sentido humanitário, do direito à assistência, não está presente na essência das políticas de proteção à saúde dos cidadãos.

As iniciativas da época, pelas suas características, se dividiam entre as de cunho “higienistas” e as “sanitaristas”. As primeiras trabalhavam a idéia de que bastava higienizar os “lugares” para evitar a ocorrência de agravos à saúde. Iniciativas nesse sentido se verificaram em ações como as de 1765, onde a municipalidade de Manchester e York na Inglaterra, tiveram uma série de iniciativas que envolvem a limpeza de mananciais e técnicas de decantação de impurezas, no sentido de preservar a boa qualidade da água que era consumida pela população. As ações “sanitaristas” vinham de atitudes do estado, que arvorava para si a responsabilidade de fundar e controlar equipamentos de saúde permanentes, especialmente hospitalares, como se verificou na França e Alemanha no final do séc. XVIII (Merhy, 1985). Nesta época, hospitais passaram ao controle do governo nacional ou municipal, embora a presença do setor privado nesta área, no período, ser muito extensa. Paralelo a isto, em 1802 foi aprovado também na Inglaterra o “Ato da Saúde e da Moral dos Aprendizes”, medida vista como uma extensão da Lei dos Pobres, que proibia o trabalho noturno para os aprendizes pobres nas fábricas de algodão. (Rosen; 1994:107-333).

O que se pode observar, a partir destes breves relatos de época, é que:

1. A presença do estado na organização de serviços de saúde é antiga e nos parece inexorável. Em menor ou maior grau, o estado tem que responder à necessidade de assistir à população, visto que a ordem capitalista, pela sua

própria natureza voltada à acumulação de riquezas, não se coloca em condições de resolver de modo satisfatório esta questão, cabendo-a aos governos.

2. A busca pela preservação da vida e da boa saúde, vem desde os primórdios da humanidade. Contudo, nos tempos modernos, na medida que o estado tomou para si satisfazer esta necessidade da sociedade, cujos interesses ele deveria representar, tem editado políticas de saúde que correspondem aos interesses dos grupos sociais hegemônicos. E por isto o verbo na frase anterior se colocar no condicional, porque ao final o estado representa interesses de uma parte da população.

3. Os grupos hegemônicos, aos quais o estado “serve” mudam com o correr dos anos, a partir de variações nas conjunturas políticas, alternando assim os interesses em jogo, na cena decisória do governo. Por outro lado, as necessidades em saúde são determinadas socialmente de acordo com as variações das situações econômicas, sociais e políticas. Este conjunto reunido, modifica as necessidades de assistência à saúde. Estes fatores todos, pressionam o estado para que este, faça movimentos diferenciados na edição de políticas para o setor.

4. Um outro componente se apresenta na arena das disputas de projetos para a saúde, que são os movimentos feitos por grupos sociais, “anti-hegemônicos” que por sua vez pressionam o estado para que adotem determinada política de saúde, de acordo com seus interesses. Aí se completa o jogo de forças que faz com que as políticas de saúde favoreçam ou não determinados agrupamentos e interesses.

5. Desse jogo de pressão e disputas cria-se uma dada “correlação de forças” que define a política de saúde, muitas vezes na forma de um amálgama, combinando interesses diversificados.

Assim, os fatores relacionados à formação e desenvolvimento das sociedades, ao desenvolvimento econômico e ao jogo estabelecido entre diversos atores sociais e políticos, que articulam nas arenas decisórias, seus interesses e projetos específicos, determinam em grande medida as políticas de saúde. “Portanto, para estudar a Saúde Pública como política social deve-se tentar desvendar tanto a natureza do conjunto das relações sociais do período em estudo, quanto o modo próprio como, no campo das ações de saúde coletiva, constituem-se forças sociais que, nas suas lutas, delineiam as opções políticas”. (Merhy, 1992:36)

O que se pretende a seguir é analisar a proposta do PSF, em primeiro lugar, buscando reconstituir na história as referências teóricas e organizacionais sobre as quais o Programa se constituiu como estratégia para a mudança do modelo assistencial. Esta é a grande discussão ou seja, o modelo de assistência se forma a partir de que parâmetros? Assim as análises que se seguem, procuram identificar na história propostas similares comparando o PSF, a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, tentando conjugar uma análise que interroga estas propostas de mudanças: Estes são modelos assistenciais que se colocaram contra o Modelo Médico Hegemônico? São potentes para mudar o modelo assistencial?

Os modelos assistenciais para a saúde, têm fortes determinações que devem ser analisadas para perceber o quanto uma proposta tem potência real para romper com velhos dogmas e tradições das práticas em saúde inaugurando um novo tempo.

As variações econômicas como determinantes de modelos tecnossistêmicos para a saúde.

Nas sociedades capitalistas, o desenvolvimento das políticas sociais e particularmente da saúde, está sujeito as variações da conjuntura econômica, como já indicamos. Não é bastante dizer que o desenvolvimento do capitalismo como de resto da sociedade não se dá de forma linear. A própria formação e desenvolvimento da economia capitalista, baseada na apropriação privada da produção dos bens, na concorrência mercantil, na incorporação tecnológica não planejada, no excedente de força de trabalho, que são os “motores” para a obtenção de cada vez maiores taxas de mais valia e de lucro, não permitem a planificação da vida em sociedade e todas as atividades necessárias ao bem estar da humanidade.

Notadamente a história do capitalismo industrial neste século, registra duas grandes crises recessivas. A primeira e mais notória delas, na década de 30 e a outra na década de 70. Nota-se que após estas crises, caracterizadas pela recessão econômica, houve períodos de crescimento econômico acelerado, construído sobre uma nova base tecnológica. A análise econômica propriamente dita não será aqui discutida, mas o registro das crises do capitalismo é importante, para a análise que se pretende fazer a seguir, de como os modelos assistenciais em saúde acompanham, em certa medida estas crises, alterando-se como respostas dos governos a estas conjunturas específicas.

O setor saúde, como segmento produtivo, inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive os mesmos processos dos outros setores de produção, no contexto macroeconômico, ou seja, o processo de acumulação de capital, que tem um de seus pilares no desenvolvimento tecnológico, influencia a dinâmica da

oferta de serviços no setor saúde. Por exemplo, a grande oferta de inovações apresentadas nas áreas diagnósticas e terapêuticas alavancam o desenvolvimento do capital no setor saúde e na economia de modo geral. É notório que o avanço tecnológico observado na indústria de equipamentos biomédicos e de medicamentos, neste século, criou um próspero mercado. A oferta de serviços nesta área, pressionam para a constituição de um senso comum, voltado à idéia de que saúde é um bem de consumo. Por outro lado, isto vive uma tensão com o fato de que no plano dos usuários em geral, a saúde é um bem de uso, onde a utilização das diversas tecnologias também são reguladas pelas suas necessidade, constituídas de modo sócio-histórico, que penetram os processos produtivos em saúde, expressos na produção do cuidado, determinando a estas a perseguição de finalidades muitas vezes paradoxais. Pois, muito do uso destas tecnologias, mantém-se definido pela dinâmica de acumulação de capital. (Campos, 1992 e 1994) (Merhy, 1998)

O processo de produção de saúde portanto, está incorporado ao desenvolvimento do capital e por consequência atende à geração e acumulação de riquezas. Donnangelo discute esta questão, considerando a sociedade dividida em classes sociais, onde o estado reproduz os interesses do grupo hegemônico, sendo co-participe no seu âmbito específico, dos processos de acumulação do capital. Descrevendo a incorporação pelo estado das práticas médicas na Alemanha no séc. XIX, relata: “Remetendo estruturalmente ao econômico, através do sentido que adquire o reforço do poder estatal para a acumulação original do capital, essa modalidade particular de redefinição da medicina (medicina estatal) permite portanto que se identifique a sua incorporação ao processo mais geral que reorganiza os elementos da vida social na constituição da estrutura de produção capitalista. (...) Através de sucessivas alterações de seu campo de saber, de seus meios de trabalho, de seus alvos programáticos, de uma atuação mediata ou

imediate sobre essa força de trabalho redefinida, participará progressivamente do novo modo de acumulação peculiar à sociedade mercantil capitalista.” (Donnangelo; 1976:51-52).

Através da leitura do desenvolvimento econômico da sociedade, pode-se decifrar os caminhos e descaminhos da saúde pública, com foco em três períodos: O pós-guerra, momento posterior a uma grave crise estrutural da economia mundial. Nos anos 70, que registra uma grave recessão mundial a partir de 1974, gerando crise fiscal nos diversos países e conseqüentemente uma conjuntura econômica adversa para investimentos, especialmente os sociais. Estes momentos coincidem com o desenvolvimento da Medicina Comunitária, décadas de 50/60; a Conferência de Alma Ata (1978) que discute os “Cuidados Primários em Saúde”, redefinindo o paradigma da assistência à saúde. Já, nos anos 90, vive-se as repercussões de uma reestruturação produtiva no mundo inteiro, a partir de uma nova base tecnológica, capaz de aumentar extraordinariamente os ganhos do capital. Mas, ao mesmo tempo em que se verifica uma conjuntura marcada pela expansão do capitalismo nos países desenvolvidos, os grupos hegemônicos adotam a ortodoxia neoliberal e implementam uma nova configuração ao estado, busca uma formação mínima para a sua constituição. E, com isso, ordenar um estado que deve se ocupar apenas das questões que lhes são exclusivamente próprios, como por exemplo o aparato da justiça, as questões de segurança e a força policial e militar, e do governo, deixando que a economia e a oferta de serviços, inclusive os de saúde, sejam regulados pelo mercado. A entrada do estado nestes terrenos só deveria ser feito por complementação. O que se pretende a seguir, é discutir cada período econômico destes, procurando identificar os grandes eixos das políticas de saúde adotadas em cada um, e as

similaridades e vinculações das respectivas propostas governamentais com os momentos econômico e político particulares.

Como se perfilam os Modelos Tecnoassistenciais para a saúde.

A configuração dos modelos assistenciais para a saúde, são definidos "...pela organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais..." (Merhy et al; 1991:84 citado em Silva Jr.; 1998). Campos descreve que "...É possível a identificação concreta de diferentes modos ou forma de produção, conforme o país e o período histórico estudado, um pouco em analogia com o conceito marxista de formação econômico-social. Portanto, forma ou modo de produção de serviços de saúde seria uma construção concreta de recursos (financeiros, materiais e força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção, articulados de maneira a constituir uma dada estrutura produtiva e um certo discurso, projetos e políticas que assegurassem a sua reprodução social" (Campos, 1992:38). Podemos dizer que se encontram para a organização dos serviços de saúde, o campo específico referente à tecnologia utilizada na assistência e por outro lado, a esfera social, econômica e política, articulada muitas vezes, fora do campo sanitário específico, em uma lógica que é própria do desenvolvimento econômico da sociedade e suas implicações nas formações sociais e interferência no jogo da política.

Partindo da análise sobre a natureza das sociedades capitalistas e suas interferências na modelagem dos serviços de saúde, Donnangelo avalia que as práticas em saúde obedecem a uma lógica, determinada pelos interesses do capital, qual seja, a de

reprodução da força de trabalho. Mesmo parecendo paradoxal, o que não é, a “sociedade do capital” é mantida intrinsecamente pela “sociedade do trabalho” e conta principalmente com o labor de homens e mulheres para atingir seus objetivos. Neste sentido, o corpo do trabalhador tem um valor importante, dado pelo capital, como insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. Cuidar deste valioso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo. “O corpo é disposto na sociedade antes de tudo como agente do trabalho, o que remete à idéia de que ele adquire seu significado na estrutura histórica da produção: significado que se expressa na quantidade de corpos ‘socialmente necessários’, no modo pelo qual serão utilizados, nos padrões de ação física e cultural a que deverão ajustar-se”. A força de trabalho expressa através do corpo sadio, é recurso fundamental à produção e à acumulação do capital. Recebe determinada atenção do sistema de saúde, com objetivos vinculados “à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica”. (Donnangelo; 1976 : 25-26)

Por outro lado, é necessário considerar que há, simultâneo aos interesses do capital, a formação de uma consciência política entre as camadas mais empobrecidas da sociedade, que cria a necessidade destas adquirirem a assistência à saúde, muitas vezes negada face às políticas de exclusão social próprias do tipo de organização social e distribuição desigual dos serviços, inerentes ao estado capitalista. A sociedade civil portanto, quando insatisfeita com os recursos que não dispõe para a garantia das suas necessidades básicas, organiza-se e tensiona o estado para a obtenção do direito ao acesso à assistência. Este é o outro lado da questão, onde sujeitos coletivos se colocam em cena na discussão e pressão sobre o estado, para organização de serviços e obtenção do seu direito à saúde. Donnangelo discute a questão, ao se referir ao antagonismo de classe

frente à desigual distribuição e consumo de bens e serviços: “os interesses manifestos por diferentes frações de classe através das exigências de elevação do consumo pelo aumento da renda-salário ou do acesso a bens e de serviços proporcionados diretamente por instituições ‘privadas’ ou ‘estatais’ dizem respeito, no plano imediato, a essa ordem de conflitos considerados como secundária, e o seu preciso significado político só pode ser apreendido no plano concreto das relações sociais”. (Donnangelo; 1976 : 45).

Quando se pensa que saúde é um direito que deve ser outorgado à população, consideramos naturalmente que esta responsabilização deve recair sobre o estado, enquanto a entidade que teria essa missão, a de oferecer ao cidadão condições para o exercício pleno da sua vida, especialmente naquilo que lhe é mais essencial, a saúde e o acesso aos seus serviços. No entanto, a definição das funções de estado é bem mais genérica. De acordo Norberto Bobbio, “... É possível distinguir quatro funções fundamentais entre as desempenhadas pelo Estado contemporâneo: a) criação das condições materiais genéricas da produção (infra-estrutura); b) determinação e salvaguarda do sistema geral das leis que compreendem as relações dos sujeitos jurídicos na sociedade capitalista; c) regulamentação dos conflitos entre trabalho assalariado e capital; d) segurança e expansão do capital nacional total no mercado capitalista mundial. (Bobbio et al; 1995:404). Podemos considerar que o estado pode agir no sentido de garantir os direitos essenciais à vida da pessoa humana, como o Welfare State, ou definir a saúde, entre outros, como serviços a serem regulados pelo mercado, e portanto, com acesso restrito, como é no estado Neoliberal. O tipo de estado e suas funções está ligado aos interesses hegemônicos que comandam o núcleo central de poder instituído em determinada sociedade.

Como num desaguadouro, o estado recebe as torrentes de interesses variados, que refletem as posições dos diversos grupos na sociedade. A esfera institucional é por excelência, uma grande arena onde atores políticos disputam seus projetos, no sentido de influir na definição das políticas de saúde. Na sociedade de classes, o mundo das coisas e das pessoas está inexoravelmente dividido entre os interesses próprios daqueles que pensam a saúde como uma fonte a mais de acumulação de capital e portanto, deve ser ofertada de acordo com as normas do mercado, e os outros que pensam a saúde como um direito de cidadania, e deve estar regulada pelo estado, e os seus serviços ofertados universalmente. A política de saúde é produto desse jogo de forças e assim, pode ser neoliberal, pública e gratuita ou um misto que pode assumir muitas formas, entre estas duas polares. O perfil do modelo de assistência será definido por quem - ou "quens" - detiver o poder para hegemonizar este processo. Se de um lado os modelos de assistência são definidos por pressão de grupos políticos, por outro são formatados também com recursos próprios inscritos no universo tecnológico operado pelos trabalhadores na produção de serviços, visto que estes, têm uma grande autonomia no modo de trabalhar a assistência e por si, definem em grande medida o seu perfil.

Modelos assistenciais universalizantes, nem sempre significam um comportamento altruísta por parte dos governos e dos segmentos hegemônicos da sociedade. Vinculam-se em grande medida aos interesses do capital, na reprodução da força de trabalho e em aliviar pressões que vêm da sociedade, especialmente das camadas mais empobrecidas, que reivindicam de modo geral a garantia do acesso à assistência à saúde.

Se de um lado, os fatores sociais, econômicos e políticos, definem em grande medida a estrutura e organização dos serviços, a partir de um lugar próprio referente aos

aspectos da macropolítica, por outro lado, o funcionamento e o perfil assistencial é dado pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado à saúde.

O trabalho em saúde traz como componente importante, o fato de que neste setor o trabalho humano, vivo em ato, é fundamental e insubstituível, com raras exceções como nas atividades mais estruturadas dos laboratórios de exames, por exemplo. O trabalho ocorre em relações que são estabelecidas entre os indivíduos trabalhadores, e entre estes e os usuários. Estas relações, produzem serviços que são consumidos no mesmo momento da sua produção, caracterizando o ato de saúde como um produto que ao ser consumido, expõe tensionalmente o seu sentido de produto de consumo em si, com o sentido de valor de uso que a saúde tem como finalidade perseguida pelo usuário. O “autogoverno” do trabalhador de saúde, sobre o modo de fazer a assistência, muitas vezes, é o que determina o perfil de determinado modelo assistencial, agindo como dispositivo de mudanças, capazes de detonar processos instituintes frente à organização de serviços de saúde (Merhy, 1997). Por este motivo, a mudança de modelos assistenciais requer em grande medida, a construção de uma nova consciência sanitária e a adesão destes trabalhadores ao novo projeto. É preciso consensuar formas de se trabalhar, que estejam em sintonia com a nova proposta assistencial, o que não se consegue por normas editadas verticalmente.

O desenvolvimento do modelo médico hegemônico ou “procedimento-centrado”.

O crescimento econômico verificado no pós-guerra, proporcionado por elevados ganhos de produtividade, graças ao avanço tecnológico da indústria, criou um ambiente econômico favorável a novos investimentos, o que possibilitou em diversos países, especialmente os mais desenvolvidos, financiarem a implantação de políticas sociais amplas, particularmente na Europa. Verifica-se outrossim, a configuração de um ambiente político favorável, após a vitória do Partido Trabalhista inglês nas eleições em 1945, demarcando uma opção clara pelo modelo keynesiano de estado a ser implantado na Inglaterra. Generaliza-se na Europa a idéia do “Estado de Bem Estar Social” em contrapartida ao “Estado Neoliberal”, proposto já naquela época pelo inglês Friedrich von Hayek através do seu notório livro “O Caminho da Servidão”, publicado em 1944, considerado o texto fundante da proposta neoliberal.¹² Contribui naquela direção a existência de movimentos sociais que reivindicavam políticas públicas, voltadas à garantia de direitos mínimos essenciais à população, entre estes, a saúde.

Neste contexto, foram criados na área da saúde sistemas estatais, universalizantes, sob o conceito de que saúde é um direito social inalienável ao ser humano e que deve ser garantido pelo estado. Os governos assumiram, portanto, a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, sejam eles preventivos ou curativos, dando-lhes caráter público.

O financiamento dos serviços de saúde, contava com recursos fáceis, como já foi dito, mas sofria a adversidade de um modelo tecnoassistencial hegemônico, de características medicocêntrica e hospitalocêntrica, capaz de encarecer extraordinariamente os custos da assistência à saúde. Este modelo, chamado “Médico

¹² Ver Franco, T.B.; As Organizações Sociais e o SUS; disponível na internet no site da Conferência Nacional de Saúde on line; www.datasus.gov.br; 1998.

Hegemônico”, desenvolve-se a partir de recursos que são disponibilizados à assistência à saúde, centrados no conhecimento especializado, equipamentos/máquinas e fármacos, seguindo a trilha do extraordinário desenvolvimento tecnológico nestas áreas. A dinâmica capitalista na saúde, é a mesma no campo econômico geral e assim, um sistema de saúde centrado em procedimentos, corrobora com os processos de acumulação do capital, ou seja, a dinâmica de produção de serviços é estruturada e comandada por interesses desta ordem. Portanto, a título de sintetizarmos os fundamentos desse modelo, verificamos que o mesmo é determinado pelo seguinte:

1. “... Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à especialização médica”; (Silva Jr.; 1997:44-45). Este modelo, foi criado a partir do relatório Flexner, de 1910, que mudou o curriculum das escolas de medicina conduzindo a uma super especialização da prática médica.

2. Associado ao conhecimento especializado, interpôs-se uma crescente indústria de equipamentos biomédicos, que colocaram disponíveis no mercado médico inúmeras “maquinárias”, elevando consideravelmente os custos com a assistência à saúde.

3. Por outro lado, mas no mesmo caminho do avanço tecnológico, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

Podemos definir este modelo assistencial, como “procedimento-centrado”. Isto é, um modelo onde o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde se confunde portanto, com a extraordinária produção de

consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade. “Supomos que este processo (a intervenção no problema de saúde) permita a produção da Saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo de o 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 usuário-centrada” (Merhy, 1998:105). Estas ações custosas por natureza, foram substituindo ao longo do tempo as ações relacionais, que poderiam estar centradas, por exemplo, na ação acolhedora e no vínculo com o usuário, comprometidos com a busca do cuidado a saúde e da cura, como finalidade última de um trabalho em saúde, que se pauta pela defesa da vida individual e coletiva.

O desenvolvimento da medicina comunitária.

Mas o modelo médico hegemônico, não estava sozinho no mundo quando da realização dos debates em torno da organização dos serviços de saúde, após a década de 40. Uma nova idéia de organização de serviços de saúde ganhava forma, a partir das reflexões do médico inglês Bertrand Dawson que já em 1920 se colocou em oposição ao modelo flexneriano, propondo que os serviços de saúde fossem “responsáveis pelas ações preventivas e terapêuticas, a regionalização da sua estrutura, médicos generalistas, capazes de cuidar dos indivíduos e às comunidades” (Silva Jr.; 1998:54). Estas propostas se difundiram pelo mundo, partindo dos centros formuladores de políticas de saúde, como a Universidade Johns Hopkins e a Fundação Rockefeller nos EUA.

Seguindo estes caminhos, desenvolveu-se a partir dos anos 60 nos E.U.A. a proposta da Medicina Comunitária, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso aos mesmos, de amplas camadas da população. “Foram implantados como parte da chamada ‘guerra à pobreza’, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época”. (Silva Jr., 1998:57).

De acordo com Silva Jr., a Medicina Comunitária se estrutura a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando portanto as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto a estrutura, organizam o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade (sic.) a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade. Propõe uma revisão da tecnologia utilizada na assistência à saúde, a inclusão de práticas alternativas, “acadêmicas e populares”, de medicina e reestrutura o trabalho, inserindo outros profissionais, não médicos, na função assistencial.

Já Donnangelo diz que é uma “resposta à inadequação da prática médica para atender as necessidades de saúde das populações, necessidades que devem ser solucionadas tanto como resposta ao princípio do direito à saúde como por sua significação para o processo de desenvolvimento social. Mas, localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos”. A autora denuncia que “os programas de

Medicina Comunitária norte-americana ... não incluíram tampouco qualquer inovação significativa no processo de trabalho que não se encontrasse já de forma mais marcada em outros tipos de estrutura de atenção médica”. (Donnangelo; 1976 : 86-91).

Esta última anotação de Donnangelo, aponta o que talvez seja o principal problema verificado na Medicina Comunitária, o fato de que, mesmo incorporando novas práticas preventivas, à assistência a saúde, mesmo voltada para a comunidade e propondo o trabalho em equipes multiprofissionais, o processo de trabalho continua centrado no médico e nas suas tecnologias próprias. Isto significa que a assistência continua se utilizando dos recursos inscritos na maquinaria e medicamentos, nas “tecnologias duras”¹³. Silva Jr. relata que a Medicina Comunitária “surge como uma prática complementar à medicina flexneriana, em prática oferecida aos contingentes excluídos do acesso a essa medicina; essa proposta é mais uma opção de acumulação de capitais, oriundos do Estado pela indústria da saúde”. E, pelo fato de estender a assistência médica a amplas camadas da população, até então excluídas do acesso à saúde, acaba por favorecer “a acumulação de capital na indústria de saúde, pois de forma racionalizada expande os núcleos de consumo de ‘produtos médicos’ ”. (Silva Jr.; 1998:57-60). O que parece ser o grande problema verificado na época, os altos custos referentes à atenção médica, não é resolvido pela Medicina Comunitária, porque esta ao oferecer uma opção alternativa à configuração do modelo assistencial, não consegue se contrapor aos núcleos filosófico e operacional do Modelo Médico Hegemônico, que é o processo de trabalho do médico fundado na ideologia flexneriana. Sua incapacidade em alterar os atos do

¹³ Classificamos as tecnologias de trabalho em saúde, conforme Merhy, em três tipos: Tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos; Tecnologias leveduras, as presentes no conhecimento técnico estruturado e Tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, sendo que estas últimas, ele propõe, devem determinar a produção de serviços de saúde. Ver Merhy “A perda da dimensão cuidadora na

cotidiano, os quais determina em grande medida o modo de se produzir saúde, coloca em questão a proposta da Medicina Comunitária e sua potência para alterar a lógica procedimento-médicocentrada, do modelo assistencial.

Os anos 70 e a consolidação de um novo paradigma para os serviços de saúde.

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

A resultante imediata da crise dos anos 70, é a redução da arrecadação fiscal dos estados, e conseqüentemente a prevalente dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento. Este quadro, leva a que os gastos com as políticas sociais, implantadas no período anterior, entre elas, a de saúde, passassem a ser foco da atenção dos governos. Estes começaram a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos seus

próprios gastos. Esta avaliação resultou na identificação de que “os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior (a 1965) e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (Almeida; 1997:185).

Os crescentes custos nos serviços de saúde tornam-se perenes, em função da manutenção da hegemonia do modelo assistencial centrado no saber e atos médicos, procedimentos-centradas. E a isto, o novo modelo proposto, da Medicina Comunitária não havia dado uma resposta eficiente. Na década de 70 “os serviços médicos absorviam em média 7,5% do PIB (mais de 12% nos E.U.A.) e o montante público desse gasto totalizava em muitos países cerca de 76% (5,5% do PIB), além de que a inflação médica manteve-se mais alta que os valores da economia em geral, na maioria dos países nas últimas décadas (Schieber & Poullier citados em Almeida; 1997:184).

Aos novos e grandiosos custos da assistência à saúde, agregam-se na análise da situação vivida na década de 70, o fato de que a assistência à saúde é parte integrante dos programas sociais oferecidos à população pelo “estado de bem estar social keynesiano”, expandido no pós-guerra, e portanto, conta principalmente com financiamentos públicos para sua manutenção. Constitui-se assim, na esfera estatal uma arena de disputas dos recursos do estado, configurando cenários de intensos conflitos de interesses.

Por outro lado, mantêm-se presente na conjuntura, uma certa tensão sobre o estado, para a manutenção das políticas públicas, conquistadas no âmbito do Welfare State. Esta pressão é exercida pelo ascendente movimento social, presente especialmente nos países em desenvolvimento. Na década de 70, portanto, os governos passaram a viver com a seguinte contradição: de um lado, com um crescente déficit público, resultado da

crise econômica recessiva, que reduziu sua capacidade de financiamento, com repercussões na menor possibilidade de manutenção das políticas sociais. De outro, sofrem com a majoração dos já custosos serviços de saúde, que se utilizam principalmente da nova base tecnológica inscrita na maquinaria, instrumentos, medicamentos e conhecimento especializado, para operar a assistência. Ao mesmo tempo, estes governos têm de dar respostas ao crescente aumento da pobreza, que em períodos de crise, aumentam a demanda para os serviços de saúde pública. Saúde, no contexto de grandes crises, transforma-se em um dos grandes problemas vividos pela maioria da população, resultantes da má distribuição de renda, do desemprego, arrocho salarial, ingredientes de políticas exercidas pelos estados, em ocasião de conjunturas econômicas recessivas.

O desafio que se colocava, para os dirigentes políticos, na época, era o de ter que dar uma resposta à política sanitária pressionados por um cenário econômico adverso, ou seja, seria necessário atuar entre a vontade racionalizadora economicista dos governos e a pressão “dos de baixo” pela manutenção dos programas sociais. A proposta da Medicina Comunitária encontrava-se em um estágio de estagnação, quando a Organização Mundial de Saúde convoca a Conferência Internacional de Alma Ata, que se realiza em 1978, com o tema central de “Cuidados Primários em Saúde”.

Alma Ata revive as propostas da Medicina Comunitária, em novas bases e de forma mais bem acabada, propõe um novo paradigma para a assistência à saúde. Esta proposta é sistematizada na “Declaração de Alma Ata”.

A Declaração de Alma Ata.

Diante de um quadro de grande adversidade econômica e social, a Organização Mundial de Saúde reuniu representações de 144 países, por ocasião da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata (URSS), 1978.

A Declaração saída da Conferência, abre com o reconhecimento da enorme desigualdade social existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, diz assim o texto:

“O desenvolvimento econômico e social, fundado sobre uma nova ordem econômica internacional, está revestido de uma importância fundamental, se vier dar a todos o nível de saúde o mais elevado possível e combater o fosso que separa no plano sanitário os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos. A promoção e a proteção da saúde dos povos são a condição sine qua non de um progresso econômico e social, ao mesmo tempo que elas contribuem para uma melhor qualidade de vida e à paz mundial”.¹⁴

Articulado a este argumento, a declaração de Alma Ata propõe os “cuidados primários de saúde” como a grande saída para os problemas do setor, entendendo-os como “essenciais, fundados sobre os métodos e uma tecnologia prática, cientificamente viável e socialmente aceitável, universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias da comunidade...”¹⁵

Continuando no texto de Alma Ata, a declaração caracteriza especificamente os cuidados primários de saúde.

¹⁴ La Declaration D'Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé; 12 septembre 1978, pág. 1.

¹⁵ Idem; ibidem.

“Os cuidados primários de saúde compreendem no mínimo: uma educação concernente aos problemas de saúde que se colocam, assim como os métodos de prevenção e de luta que lhes são aplicáveis, a promoção de boas condições alimentares e nutricionais, um abastecimento suficiente de água saudável, medidas de saneamento básico, a proteção materna e infantil, incluído o planejamento familiar, a vacinação contra as grandes doenças infecciosas, a prevenção e o controle de endemias locais, o tratamento das doenças e lesões comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais”.¹⁶

Assim como a Medicina Comunitária, as propostas surgidas da Conferência, partem de uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, pretendendo responder aos investimentos necessários à assistência, com menores custos possíveis. Este cálculo é baseado em grande medida por uma determinada conjuntura de recessão econômica vivida pelo capitalismo. A lógica pensada, é a de que os estados não mais teriam recursos suficientes para continuar financiando os sistemas de saúde. Seria necessário então, articular uma proposta minimamente eficiente, de baixo custo, e capaz de ganhar a adesão entre os diversos segmentos da sociedade, contemplando amplas camadas da população com ações básicas de assistência em saúde.

O documento assume o conceito de saúde adotado pela OMS: "... saúde - estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ... " (pág. 2).

¹⁶ La Declaration D'Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé; 12 septembre 1978, pág. 2.

Entende que o processo saúde/doença encontra-se numa situação de equilíbrio dinâmico, que pode ser alterado pelas ações de saúde, numa direção que jogue a balança para o polo saúde, e assim categoriza o conjunto daquelas ações conforme o papel de promotor, protetor ou de recuperador da saúde, segundo o momento que intervém no processo histórico do binômio.

E, partindo deste ponto, supondo a lógica interna do fenômeno saúde/doença, da perspectiva da História Natural da Doença, visualiza nos cuidados primários de saúde a base de seu modelo de ação.

"Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis ... Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde ... do qual constituem a função central e o foco principal ... representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde ..." (pág. 3).

Estes cuidados fazem parte de uma estrutura mais ampla que formaria o Sistema Nacional de Saúde e que segue um modelo ideal de organização, no qual estão localizadas as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir de alguns princípios básicos de ordenação.

"Integram um sistema de saúde componentes deste e de outros setores, cuja interação contribui para a saúde. Subdivide-se o sistema em diversos níveis, o primeiro dos quais é o ponto de contato entre o indivíduo e os serviços, vale dizer, o ponto em que são dispensados os cuidados primários de saúde. A prestação de serviços, embora varie de uma nação e de uma comunidade para outra, incluirá pelo menos: promoção da nutrição apropriada e provisão adequada de água de boa qualidade, saneamento básico; atenção materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as

principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; e tratamento apropriado de doenças e lesões comuns. Os demais níveis do sistema de saúde prestam serviços mais especializados cuja complexidade aumenta na razão direta de sua maior centralização". (item 50, pág. 44).

De posse destes parâmetros, organiza-se um modelo de serviços de saúde baseado numa idéia de correspondência linear e seqüencial entre as ações de saúde e a História Natural das Doenças; supondo-se que as ações podem ir do momento inicial do processo histórico natural até o final seguindo uma estruturação da ação mais simples à mais complexa.

A isto, estariam ligadas, seqüencialmente, a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Fica claro na proposta, a inscrição do ideário preventivista, como uma forma de assistir a população com procedimentos coletivos, de baixo custo. Como os movimentos de reforma sanitária da época, se utilizam principalmente da razão instrumental inscrita da epidemiologia / vigilância à saúde para arquitetar suas propostas reformadoras, a resolução saída da Conferência de Alma Ata penetra desta forma no imaginário coletivo dos diversos segmentos reformistas e ganha adesão junto a setores de serviços e formuladores de políticas de saúde, em muitos lugares do planeta. Corrobora com isto o fato de que as idéias impressas pela Conferência, aparentemente contradizem o ideário flexneriano da superespecialização, como recurso fundamental no cuidado à saúde é refratária ao entendimento de que o hospital seja o centro do sistema de saúde e aposta no trabalho em equipe como alternativa ao trabalho medicocentrado.

No entanto, esta proposta se mostra insuficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde, tal como estes se colocam no espaço social e no espaço singular do corpo, não consegue portanto, contrariar no fundamental os interesses das grandes corporações econômicas da área de equipamentos biomédicos. Isto ocorre pelo fato de que a resolução saída de Alma Ata não propõe alterar a micropolítica do processo de trabalho médico, no que diz respeito aos atos do cotidiano. Suas propostas não se mostram potentes para alterar o modelo assistencial. A lógica da produção de serviços de saúde, prossegue utilizando principalmente de tecnologias inscritas no “trabalho morto” para a realização da assistência, operando a partir da lógica instituída, mas operando com uma hierarquização de tecnologias “duras” pela lógica central da eficiência, visando em última instância uma diminuição dos custos dos sistemas de saúde. Inverter esta situação, significa inclusive acionar as potências das tecnologias presentes no “trabalho vivo em ato”¹⁷, como as mais apropriadas para intervir nos diversos fazeres, armando dispositivos instituintes para a transformação dos serviços de saúde rumo a um modelo usuário-centrado, sem negar acessibilidade aos usuários as tecnologias mais custosas se necessárias.

Fica claro, portanto, que a adesão aos “Cuidados Primários em Saúde”, como proposto pela Conferência, se filia a uma concepção de que ao modificar a estrutura, os recursos em jogo e seus formatos, se modifica por consequência os modelos assistenciais e suas micropolíticas instituintes. No entanto, a realidade tem sido cruel ao demonstrar que muito além destas prerrogativas, é necessário um conteúdo novo, substantivo, que

¹⁷ Ver Merhy E.E. “Em busca do tempo perdido - a micropolítica do trabalho vivo em saúde” in Merhy & Onocko (orgs.) Agir em Saúde - um desafio para o público; HUCITEC; São Paulo; 1997.

penetra de forma aguda nos valores e comportamentos presentes junto aos profissionais de saúde, especialmente do médico.

Os trabalhadores de saúde, incluindo o médico, podem ser potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. Para que isto ocorra, entendemos que será necessário constituir uma nova ética entre estes mesmos profissionais, baseada no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público, e que o trabalho neste lugar deve ser presidido pôr valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde. Estes valores deverão guiar a formação de um novo paradigma para a organização de serviços. Portanto, para se constituir um novo modelo assistencial, isso pressupõe a formação de uma nova subjetividade entre os trabalhadores, que perpassa seu arsenal técnico utilizado na produção da saúde. O novo modelo, é pôr nós entendido a partir das diretrizes do Acolhimento, Vínculo/Responsabilização e Autonomização. Entendemos o Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários. O Vínculo se baseia no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. Autonomização significa ter como resultado esperado da produção do cuidado, ganhos de autonomia do usuário para “viver a vida”. Este novo formato da organização da assistência à saúde se dá a partir da reorganização dos processos de trabalho.

O que se tem verificado em serviços que mudaram seus modelos de assistência nesta direção¹⁸, é o fato de que isto se deu a partir de diretrizes das Secretarias de Saúde, que possibilitaram a cada profissional inaugurarem novas práticas, a partir dos seus micro espaços de trabalho e poder. Conseguem assim, pôr si, mudar o perfil de um estabelecimento de saúde e desta forma podem ir gradativamente modificando uma rede de serviços, como em efeito dominó. Foi fundamental neste processo, o uso de dispositivos que foram capazes de disparar processos novos na organização do trabalho e da produção de saúde, tais como a valorização da clínica, restabelecendo seu lugar na necessária atenção específica ao usuário portador de problemas de saúde; a dinâmica de trabalho definida pôr equipe multiprofissional e a incorporação dos trabalhadores no processo de gestão da Unidade. Alguns municípios que implantaram o Acolhimento, o fizeram organizando as chamadas “equipes de acolhimento” para recepcionarem os usuários, sendo que esta recepção se dava através de uma escuta qualificada do problema de saúde que este era portador, de forma singular. A equipe pôr sua vez atendia a demanda e estabelecia o fluxo dos usuários, através de conversas tidas entre os trabalhadores que dela participavam. Diferentemente do processo de trabalho centrado no médico, onde é este que estabelece e comanda demandas a partir de seu próprio conhecimento, como será demonstrado a seguir. Com o Vínculo, o Acolhimento da população adscrita a uma certa equipe de referência passa a ser feito pôr esta que passa a “cuidar” destes usuários, a partir de conhecimentos e fazeres multiprofissionais.

O que se verifica é que as propostas da Medicina Comunitária e posteriormente a Resolução de Alma Ata que preconiza os “Cuidados Primários em Saúde”, embora

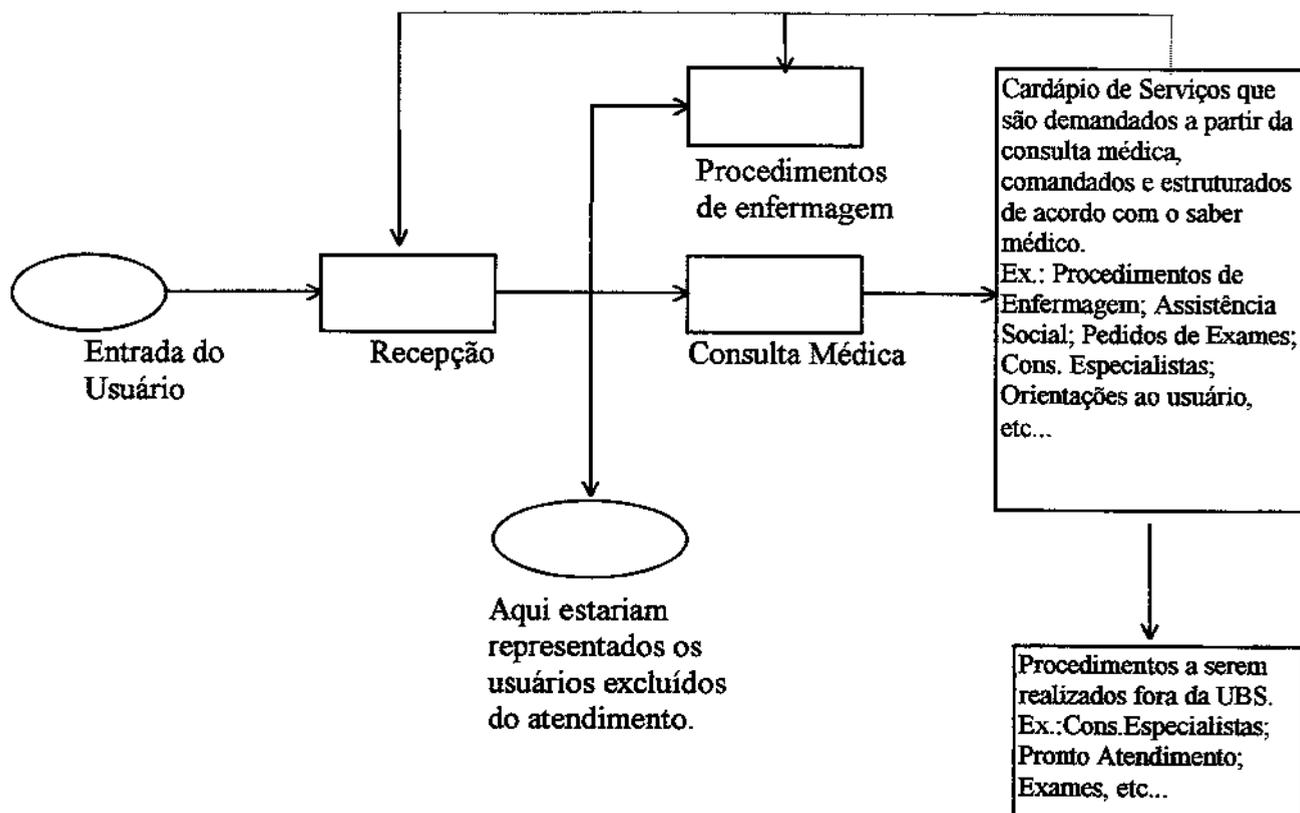
¹⁸ Ver. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. “O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim/MG”; aprovado para publicação no “Cadernos de Saúde Pública”; ENSP, Rio de Janeiro ;

tenham recebido o patrocínio da Organização Mundial da Saúde, não conseguiram alterar o quadro na prestação de serviços, naquilo que consideramos fundamental, a ruptura com o processo de trabalho centrado no médico e na produção de procedimentos. Operando a partir de diretrizes centradas na vigilância à saúde, estas propostas (MC e CPS) não deram real importância ao exercício da clínica, como campo de conhecimento e práticas que têm seu importante lugar no conjunto de tecnologias usadas na produção de saúde. Isto deixou que a assistência singular, voltada à necessária atividade curativa, continuasse operando como se os problemas dos usuários fossem satisfeitos a partir do número de procedimentos que se produzia em função de cada atendimento. Esta lógica, longe de produzir o cuidado, produziu divisas para as empresas fabricantes de equipamentos biomédicos, assim como também para a indústria de medicamentos. A MC e CPS não conseguiram provocar uma ruptura do Modelo Médico Hegemônico e assim, operaram corroborando para a continuidade de uma situação que se perpetua e fortalece sobremaneira a acumulação de capital no setor da saúde.

Como não consegue ir ao centro do problema colocado à mudança do modelo assistencial, qual seja, o tipo hegemônico do processo de trabalho a partir do médico e suas tecnologias, a Declaração de Alma Ata fica presa ao núcleo epistemológico da epidemiologia / vigilância à saúde e articula sua proposta assistencial a partir desta matriz. Cai na mesma armadilha da Medicina Comunitária, aprisionada pôr um ideal nos limites do preventivismo, investe muita energia na promoção e prevenção à saúde, sem alterar o perfil medicocentrado e procedimento-centrado do modelo assistencial. A Unidade de Saúde, nestes modelos, fica abandonada aos interesses das corporações que operam o MMH quase pôr inércia, dado ao grau de “aderência” ao processo de trabalho,

que este modelo chegou. Para melhor visualizar esta questão, utilizamos um “fluxograma” para descrever e analisar o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. De forma resumida, as etapas do processo de trabalho podem ser representadas pelo diagrama abaixo¹⁹:

Figura 1 - Fluxograma resumido de uma Unidade Básica de Saúde.



O que podemos verificar no caso é o fato da recepção atuar fazendo o fluxo dos usuários que chegam à Unidade Básica de Saúde, onde um certo número destes já são excluídos antes de entrarem, face a uma dada organização do processo de trabalho que

¹⁹ A partir das contribuições de Merhy, o fluxograma tem sido utilizado como ferramenta analisadora de processos de trabalho. O diagrama aqui descrito está baseado nos resultados obtidos com a aplicação do fluxograma em rede básica de saúde. Ver: Merhy, E.E. “Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde” in Merhy & Onocko; Agir em Saúde, Hucitec, S. Paulo, 1997.

não permite uma ação acolhedora na entrada da Unidade. Os que ingressam no serviço, têm dois caminhos a seguir. 1. A consulta médica, no limite da oferta que é administrada pôr fichas, de forma sumária e racionada. 2. Os procedimentos de enfermagem que são prescritos anteriormente pelo médico.

No modelo médico hegemônico, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na Unidade. A partir dela, é ofertado um “cardápio” de serviços a serem executados pelos outros profissionais. O processo de trabalho que se realiza pôr estes, são estruturados e comandados pelos saberes e atos do médico, ficando claro que os profissionais não médicos, não têm nenhuma autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercerem o que lhes é facultado enquanto competência profissional. A hegemonia médica na determinação da produção de serviços de saúde, faz com que os “procedimentos” centralizem o campo tecnológico que responde às necessidades dos usuários.

Um outro problema verificado é o fato de que, os usuários que são referenciados a outros serviços, não têm garantido seu retorno ao mesmo profissional que lhe atendeu uma primeira vez. Falta vínculo e responsabilização nesta relação. Não há segurança portanto, quanto ao seguimento pelo mesmo profissional, dos usuários em tratamento.

O que propõe a MC e os CPS para as questões aqui levantadas? Não há uma resposta satisfatória. Como já foi mencionado, modelos assistenciais com base exclusiva na epidemiologia/vigilância à saúde não têm potência para mudar a lógica interna dos processos de trabalho e acabam ou pôr ingenuidade ou pôr ideologia perpetuando o atual modelo assistencial.

A Conferência de Alma Ata propõe que os serviços se organizem do mais básico ao mais elevado nível de complexidade, numa disposição hierárquica que reproduz a

idéia do inicial ao final, do primário ao terciário. Um fluxo burocratizado, como vai se mostrar nos momentos seguintes.

O âmbito de organização das práticas técnicas em saúde, deve ser no nível governamental, que é entendido como permeável a uma proposta racionalizadora e, portanto, passível de absorver a perspectiva do planejamento como elemento estratégico na estruturação dos serviços de saúde, sem se propor a entender porque não se desenvolvem na prática, as políticas de saúde em comum acordo com o modelo.

Assim sendo, o modelo se constrói em cima de uma racionalidade abstrata baseada na teoria de sistema, supondo como seus princípios máximos:

1. a saúde como uma questão natural, e passível de ser mantida ou recuperada através de ações técnicas científicas de saúde,
2. as ações de saúde são fundamentalmente gerais como promotoras, específicas como protetoras e médicas como recuperadoras,
3. os serviços são organizações sistêmicas das ações técnicas de saúde, e passíveis de serem planejadas cientificamente,
4. os objetivos dos serviços são anistóricos e visam igualmente todas as pessoas, que como coleção formam as comunidades.

Enfim:

Dentre uma infinidade de análises que pode se fazer, a partir do que já foi dito a cada item, e do caráter conservador da proposta, o que nos chama a atenção desta Declaração é a sua fidelidade às bases de um certo iluminismo, onde se apregoa que o ato civilizatório é um processo contínuo marcado pelo progresso, num avanço paulatino e

seguro da racionalização da natureza e da sociedade, e o quanto esta fidelidade responde a anseios conservadores e tragados pela história, mais pela barbárie que pela civilização.

Bem, o que isto traz de fundamental no todo desta reflexão?

Parece que pouca operatividade transformadora esta postura iluminista tem tido, pois o mundo real tem se mostrado profundamente não funcionalista, como este modelo desejaria que fosse.

Assim, a sua articulação enquanto política, ou rompe com suas bases racionalistas e sistêmicas, ou cai no mais puro conservadorismo, admitindo tudo que já existe como parte do futuro, precisando para o salto uma mera pitada de uma certa razão, dada por um planejamento integrativo, que "articule e organize as partes num Sistema".

Além do mais, o que significa adotar a visão de "não-contradição" e "equilíbrio" da História Natural da Doença?

Significa a situação de desenvolvimento da "funcionalidade do corpo", que é em última instância o "estar trabalhando", o que numa sociedade capitalista implica na valorização do capital e no estabelecimento do mundo da Força de Trabalho.

Implica no uso social do corpo como mera Força de Trabalho, onde a Assistência Médica, com seus modelos de intervenção, tem sido um dos grandes instrumentos de regulação e manutenção das suas condições funcionais.

A análise da proposta de Alma Ata tem sido objeto de várias análises que vão além do que até aqui foi realizado, porém cuja incorporação não faz sentido no corpo deste texto, porém remete-se ao texto "Alma Ata: qual é o jogo". (Merhy, 1986)

A crise do Welfare State e o modelo neoliberal para a saúde

A crise recessiva dos anos 70 e a conseqüente redução da capacidade de investimentos dos estados, frente a menor arrecadação fiscal, faz retomar a proposta neoliberal de organização do sistema econômico.

Os anos 80 e 90 são marcados por políticas de organização da economia e da sociedade, ordenadas pela idéia do estado mínimo, rompendo com a noção do estado de "bem estar social". O Projeto Neoliberal ganha força a partir de 1980, com o governo de Margareth Thacher na Inglaterra, expandindo-se para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, com o patrocínio dos organismos financeiros internacionais.

Um novo padrão de acumulação capitalista estava se desenvolvendo, já no fim da década de 70, mostrando-se potente para uma reorganização da economia capitalista nas décadas seguintes. Este processo tinha como diretriz: 1. Incorporação de nova tecnologia industrial, o que possibilitaria ganhos de produtividade e serviria como alavanca para uma reestruturação produtiva. 2. Rompimento das barreiras alfandegárias dos estados nacionais, com a criação dos mercados comuns e de forma gradual, a globalização de toda atividade industrial e mercantil, auxiliado pelos avanços da comunicação em escala planetária. 3. A redução da presença do estado nos negócios específicos ao mundo econômico, deixando ao mercado regular toda a economia, inclusive no que diz respeito à oferta de serviços à população.

Como um serviço público, que até então tinha na grande maioria dos países o estado como a fonte principal de financiamento, os serviços de saúde passaram a ser alvo das novas políticas de contenção, voltadas para sua regulação mercantil. Com uma visão parcial da realidade, ou mesmo porque não podiam contrariar interesses próprios do capital presente na "indústria da saúde", os governos passaram a responsabilizar políticas universalizantes, pelos altos custos no setor. "... o acesso igualitário à atenção médica...

passou a ser visto como uma das importantes causas do aumento do déficit público. Todo o instrumental da política de saúde, a partir de então, esteve voltado para o controle de custos e toda e qualquer avaliação programática continha esse viés”. (Almeida; 1997:185).

O que os donos do poder na época não conseguiam (ou não queriam?) avaliar, era que os altos custos dos sistemas de saúde, se davam, não pelo atendimento universal, nos casos dos países que aplicavam as políticas do estado de bem estar social, mas sim pelo modo como se produzia a atenção à saúde. O modelo, centrado no atendimento hospitalar e tendo o médico como produtor de procedimentos, resultava em baixa resolutividade e exorbitantes, e crescentes, custos operacionais. Reconhecer este fato, levaria a um confronto com os nobres interesses de grandes e poderosos grupos econômicos, que controlavam a indústria de alta tecnologia em diagnose e terapêutica. Este setor, dava notória contribuição a um certo tipo de desenvolvimento econômico e de acumulação de riquezas de inúmeros países, principalmente os chamados países desenvolvidos, que alimentavam o terceiro mundo com suas máquinas e fármacos.

Esta situação, torna-se mais grave devido ao fato de que a inflação própria do setor, frente aos gastos com saúde, encontra-se acima dos níveis da inflação geral, o que é descrito por André César Médice, consultor do Banco Mundial, em estudo publicado em 1995 na revista do CEBES “Saúde em Debate”. Relata o autor: “Um dos fenômenos consensuais em economistas que têm estudado o setor saúde, ao nível mundial, é o caráter perene da sobre-inflação setorial. Em todos os países do mundo, onde há mensuração, os preços dos bens e serviços de saúde aumentam mais do que os índices gerais de preços. Tal fato decorre de uma série de fatores, tais como o uso crescente de tecnologia no setor, o qual não tem efeitos na redução da força de trabalho empregada; o

envelhecimento da população e da urbanização, ambos aumentando o peso das doenças crônicas e dos traumas na estrutura da morbidade e mortalidade, a dificuldade de calcular adequadamente os riscos atuariais do setor, fazendo com que o peso dos seguros médicos seja crescente, e o aumento dos custos dos equipamentos, materiais e medicamentos em setores que, além de aplicarem alta tecnologia e repassarem seus custos de pesquisa e desenvolvimento aos preços dos produtos, são essencialmente monopolistas”. (Médici; 1995)

Uma das respostas do mundo oficial para esta questão, ou seja, a saúde pública, tem seguido o receituário do Banco Mundial., uma das principais referências internacionais dos países em desenvolvimento nas questões referentes ao financiamento público. Este banco paradoxalmente pelas suas normativas tem funcionado como um verdadeiro “ministério da saúde” dos países em desenvolvimento. Um destes exemplos são as diretrizes que foram dadas por este organismo no “Relatório Sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993 - Investindo em Saúde”.

Em instigante artigo publicado em 1996, na revista “Saúde em Debate”, Clóvis Ricardo Montenegro de Lima, resume os objetivos do Banco Mundial como uma proposta que visa antes de tudo o ajuste econômico estrutural da década de 80, ao comentar a crítica de Laurell²⁰ a este documento:

“Laurell identifica três objetivos nesta proposta: 1. Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2. Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto

²⁰ Cristina Laurell é professora investigadora de Medicina Social da Universidade Autónoma Metropolitana-Xochimilco; México.

público, incluindo a saúde; 3. Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos. Define como prioridade máxima que os governos financiem pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais. Na determinação dos componentes do pacote de cada país, devem exercer forte influência as informações quanto ao quadro de incidência de doenças e a eficácia relativa, em termos de custos. A agenda se inscreve na ofensiva de recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, ou seja, sua remercantilização, que constitui um dos móveis do atual ataque ao Estado de bem-estar social em todo o mundo”. (Lima; 1996). *grifos meus.

Aplicar a agenda do Banco Mundial para a saúde, significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser garantido pelo estado. Esta proposta vai na contra corrente dos movimentos de reforma sanitária vividos em vários países, em particular no Brasil nos anos 70 e 80. De natureza nitidamente privatista, fazendo eco às propostas neoliberais de organização da sociedade, a instituição financeira vem propor para países em desenvolvimento, que seus pacotes de saúde pública contemplem programas direcionados a imunizações, vigilância à saúde, através da promoção às doenças infecto contagiosas e DST/AIDS, e programas nutricionais voltados especialmente para o atendimento a criança. As ações de média e alta complexidade ficam portanto, ao cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo “consumidor”. É a

proposta de racionalizar custos do estado, limitando o acesso, introduzindo o co-pagamento, jogando para os usuários o ônus de custear o sistema de saúde.

Chamado pejorativamente de “cesta básica”, o pacote básico de ações proposto pelo Banco Mundial, constrói-se a partir de certas simplificações do campo de saberes e práticas da epidemiologia e da vigilância à saúde, encontrando aí instrumental que possa dar racionalidade a proposta. A estruturação deste modelo tem se materializado sobre programas diversificados, voltados principalmente para populações de risco, como públicos focos das políticas assistenciais propostas.

No caso brasileiro especificamente, tem sido difícil seguir o receituário neoliberal na forma proposta originalmente pelo Banco Mundial, pois significaria ter que alterar o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde, criado pela constituição de 1988 e regulamento pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990. Isto, porque o SUS se constituiu como conquista de um poderoso movimento social criado na década de 70, o Movimento pela Reforma Sanitária, e portanto, as diretrizes e princípios (art. 7º. da Lei Federal 8080) do Sistema Único de Saúde, como a do acesso universal, e de que saúde é um direito público a ser garantido pelo estado, entre outros, fazem parte do imaginário coletivo, e têm grande adesão junto aos organismos gestores do sistema de saúde, organizações não governamentais, sindicais e do movimento popular. No entanto, neste cenário criado, de um lado pelas pressões do Banco Mundial e de outro por uma forte idéia de direito público colocada sobre o sistema de saúde, no Brasil, ganham notoriedade o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, como “estratégias de mudança” do modelo hegemônico.

PARTE II - O PSF EM FOCO (Discutindo seu ideal racionalizador)

Abaixo estão descritas as definições ou objetivos colocados para a Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF, por autores que se dedicaram a análise do tema, que servirão como ponto de partida para a avaliação que se pretende fazer.

Medicina Comunitária: “Extensão de serviços médicos, através de uma ‘simplificação-ampliação’ das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, são os termos que compõem basicamente o campo da Medicina Comunitária”. (Donnangelo; 1976:73)

Cuidados Primários em Saúde: “Essa proposta (Cuidados Primários em Saúde) corresponde à solução oferecida pela Teoria Gerencialista de um modelo mais racional, mais produtivo, de menor custo e mais abrangente em cobertura; esse modelo tem ainda um discurso de incorporação das massas desassistidas e a participação popular”. (Silva Jr.; 1998:53-54)

Programa de Saúde da Família: “...a estratégia de saúde da família deve ter os excluídos e as regiões mais pobres como prioridade e deve utilizar largamente tecnologias custo/efetivas. (...) uma equipe de saúde da família, em território de abrangência definido, desenvolve ações focalizadas na saúde; dirigidas às família e ao seu habitat; de forma contínua, personalizada e ativa; com ênfase relativa no promocional e no preventivo mas sem descuidar do curativo-reabilitador; com alta resolubilidade; com

baixos custos diretos e indiretos, sejam econômicos, sejam sociais e articulando-se com outros setores que determinam a saúde”. (Mendes; 1996:273-276)

A mesma intenção de cunho racionalizadora e voltada à idéia geral de “discriminalização positiva” ou “focalização”, parece estar inscrita nas propostas de Medicina Comunitária, Cuidados Primários em Saúde e PSF; senão vejamos:

As três propostas partem de uma avaliação consensual dos altos custos dos sistemas de saúde, incompatíveis com as possibilidades de financiamentos dos estados com políticas universalizantes: A MC na década de 60 era uma alternativa barata que possibilitava o acesso dos mais pobres aos serviços médicos (sic), e os CPS em especial, propostos após a crise fiscal vivida internacionalmente com a recessão mundial da década de 70, vêm no mesmo sentido, ou seja, e pontos de partida destas propostas para a reorganização dos serviços de saúde, neste sentido, são sempre através de uma diretriz racionalizadora de forte cunho economicista.

PSF e suas similaridades com a medicina comunitária e os cuidados primários em saúde.

Silva Júnior identifica claramente a similaridade, ou melhor, o mesmo veio sobre o qual correm as propostas da Medicina Comunitária, Cuidados Primários de Saúde e a Reforma Sanitária no Brasil. Diz assim o seu texto:

“Também chamada de Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura Urbana e Rural, e outros, a Medicina Comunitária

teve seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978...”

“A Medicina Comunitária: difundida nas universidades (brasileiras) a partir da década de 60, quando se constituíram núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência financiados pela Opas e instituições filantrópicas americanas (W.F.K. Kellog Foundation, e outras). Esses núcleos abrigaram intelectuais discordantes do modelo político brasileiro depois do golpe militar, e utilizaram o espaço da Medicina Comunitária como espaço de politização da saúde, reflexão de problemas e laboratórios de alternativas de solução (...) Os frutos dessas experiências vieram a constituir um movimento por mudanças na política de saúde nacional, no bojo da luta pela redemocratização da sociedade brasileira: a Reforma Sanitária”. (Silva Jr.; 1998 : 53-70).

As afirmações acima, podem corroborar com a tese que aqui se discute, de que o PSF é também fruto de uma parte do ideário que presidiu a Reforma Sanitária no Brasil, contendo os seus acertos, bem como os seus erros. Em última instância, isto justifica em alguma medida, o grau de atração que a proposta tem entre os setores reformistas do sistema de saúde brasileiro. (voltaremos a este tema) Passa-se, agora, a discutir os meandros do PSF sobre os diversos aspectos que compõem o programa.

PSF: Territorialização, Adscrição de Clientela. Discutindo seu núcleo estrutural.

Territorialização e vínculo de uma dada população as equipes, são idéias nucleares a proposta do Programa de Saúde da Família. São por excelência expedientes

gerenciais que estruturam os serviços. A referência territorial tem sido importante desde os primórdios e usada, principalmente, como ferramenta da epidemiologia em serviço. O Vínculo tem sido usado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e a sua população usuária. Por si só, essas ferramentas não mudam o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho medicocentrado, porque agem sobre a arquitetura do programa, mas não na sua essência, isto é no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres construídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e os usuários.

Revisitando Rosen, pode-se reconstruir um dos possíveis caminhos, pelo qual correram as idéias de “território” e de “vínculo” ao longo do tempo, na história da saúde pública.

O nascimento do “território processo”

A idéia em geral, muito presente na epidemiologia e vigilância - da qual o Programa de Saúde da Família tira grande proveito -, de que é necessário tanto preservar um ambiente saudável, quanto proteger o homem contra as adversidades do meio, é tão antiga quanto a história da aventura humana sobre a terra. De acordo com os relatos de Rosen, desde os primórdios, homens e mulheres procuraram adequar suas moradias, adaptando seu comportamento e fundamentalmente intervindo no seu habitat para preservar a saúde. Os relatos das primeiras construções com vistas a proteger os locais de moradia, datam pelo menos de 2.000 a. C., de acordo com estudos realizados ao norte da Índia em Mohenjo-Daro e em Harappa, em escavações que descobriram “banheiros e

esgotos” para escoamento de água. O mesmo foi verificado, no Egito, na cidade de Kahum. A associação entre o território, o ambiente e o processo saúde-doença, e naturalmente a necessária harmonia entre os homens e seu “habitat” para a preservação da saúde, aparece com ênfase no texto hipocrático “Ares, Águas e Lugares”, considerado por alguns como o texto fundante do conhecimento epidemiológico. Além de pensar a epidemiologia, os escritos de Hipócrates tiveram a utilidade prática para orientar a construção de moradias na Roma Antiga. Por muito tempo, esta foi a única referência para estudos relacionados ao processo de adoecimento da população. Rosen descreve: “a esse respeito, não se deu nenhuma mudança fundamental até o final do século XIX, quando as novas ciências da Bacteriologia e da Imunologia se instituíram” . (Rosen; 1994 : 32)

Essas concepções fundadoras do pensamento epidemiológico, firmaram ao longo do tempo, a idéia de que o espaço territorial deve ser o locus operacional de ações, que têm como objetivo conservar a saúde da população. Com o tempo, a estes conceitos, agregaram-se outras idéias, como a de que o processo saúde-doença é também determinado por razões que são próprias da organização e funcionamento das sociedades. Contudo, a sociedade se articula em territórios definidos e assim, mesmo ganhando em graus de complexidade, o território continua como centro do problema, onde avalia-se que a “higiene” dos “lugares” (o termo é de Hipócrates) é proporcional ao coeficiente mórbido.

Na OPAS - Organização Pan Americana de Saúde -, há fortes correntes técnicas e políticas, que filiam-se a uma concepção que traz esta herança, e que propõe que o modelo assistencial para a saúde tem como centro de referência básico: o “território processo”, considerando-o território social, econômico, político, epidemiológico, no qual

estão presentes e atuam as variáveis sobre as quais ocorre o processo de adoecimento da população. A entidade, nestas últimas décadas, tem proposto que a intervenção nas dinâmicas locais, se dêem a partir de tecnologias de planejamento território-centradas (territorialização), articulada aos instrumentais da epidemiologia e da vigilância à saúde. Vilaça Mendes descreve de forma pormenorizada essa proposta, orientando o processo de territorialização através da formação de distritos sanitários, áreas de abrangência e micro-áreas, que delimitam uma certa responsabilidade sanitária do gestor local sobre o território em questão. As micro-áreas são limitadas de acordo com um perfil homogêneo de condição socio-econômica da sua população, que definem o seu grau de risco aos agravos à saúde.²¹

Sem dúvida, o conhecimento articulado em torno da idéia de “território processo”, sobre o qual operam modelos assistenciais com base exclusiva na vigilância à saúde, é importante e útil às estratégias da produção do cuidado. No entanto, é limitante considerar que este conhecimento por si seja suficiente para responder à complexidade dos problemas de saúde. Será necessário reunir todo o patrimônio de conhecimentos e práticas acumulado pela história do homem na preservação da saúde, para conseguir responder as demandas de assistência que se colocam para os serviços. Neste sentido, a epidemiologia oferece um instrumental importante, para compor a “caixa de ferramentas” das equipes de saúde como um todo, mas com certeza a ele deve se agregar o conhecimento inscrito na clínica, na sociologia, psicanálise, teorias gerenciais, planejamento, etc...

O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. Sendo assim, seu trabalho está quase que restritivamente centrado no território,

²¹ Sobre o tema ver: Mendes, E. V. (org.); Distrito Sanitário; Hucitec, São Paulo, 1994.

de acordo com as concepções desenvolvidas pela OPAS. Isto significa que em grande medida a normatização do programa inspira-se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente, definindo o processo de trabalho como centrado em atos de saúde de cunho basicamente “higienistas”, dando pouca importância a própria constitutividade de uma rede básica assistencial, integrada a um sistema local de saúde. Outrossim, não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram, diminuindo “as autonomias nos modos de se andar a vida” (Campos, 1992, e Merhy, 1998). Desta forma o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da “clínica ampliada”, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: “da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica”. E, nada é melhor para o projeto neoliberal privatista, do que isso, pois deixa-se um dos cenários de luta vitais para a conformação dos modelos de atenção sem disputa anti-hegemônica.

O nascimento da idéia de vínculo.

A idéia de vínculo do médico, e mesmo dos profissionais de saúde como um todo, a grupos de pessoas, famílias e comunidades, também vem desde a antiguidade. Na Grécia antiga, século V a. C., os médicos assistiam as populações das pequenas cidades de forma itinerante, porém, nas grandes cidades, eram contratados pela comunidade e aí permaneciam. Na Roma Imperial, tem-se notícia de vínculos onde os “médicos se ligavam a famílias, que lhes pagavam uma soma, anual, pelo atendimento durante o ano inteiro”. Os profissionais ligavam-se também as escolas de gladiadores, aos banhos, a casa imperial. Já na idade média os médicos em geral pertenciam a igreja e eram por esta mantidos. Já os leigos, se entregavam a prática privada ou trabalhavam na forma assalariada, vinculados a algum senhor ou a uma cidade (Rosen; 1994 : 38, 47, 66). É notório, que a partir do desejo manifesto das pessoas e grupos sociais, em ter um médico como sua referência e obter dele, a responsabilidade pelo seu cuidado, tornou o processo de trabalho do médico ligado à idéia de Vínculo entre ele e os usuários dos seus serviços, sejam estas pessoas, famílias, grupos comunitários ou cidades.

Como se verifica pelos relatos históricos, desde os primórdios a idéia de vínculo está ligada ao ato cuidador, pela própria natureza do trabalho em saúde, especialmente na época onde as tecnologias de trabalho em saúde se inscreviam, quase exclusivamente, nos atos em torno da relação profissional-usuário. O trabalho de assistência à saúde, neste período, é exercido basicamente por médicos, que em relações singulares, produziam atos de saúde, visando com o cuidado a cura. Nesta relação específica, dá-se a identificação da referência médica, na qual o próprio profissional se percebe como responsável pelo problema de saúde do outro. O desenvolvimento da clínica, no correr dos séculos XIX e XX, tende a fortalecer a idéia do vínculo, na sua modelagem mais ampliada.

O avanço, na construção do conhecimento em relação as tecnologias de trabalho para a assistência à saúde, deu-se ao longo do tempo de forma vagarosa. Rosen, relata que no período renascentista, séculos XVI e XVII e até meados do século XVIII, houve avanços científicos importantes em relação a medicina, “assentou as bases da ciência médica sobre a Anatomia e a Fisiologia. A observação e a classificação permitiram o reconhecimento mais preciso das doenças. Ao mesmo tempo, ganharam forma ideológica a possibilidade e a importância de se aplicar o conhecimento científico à saúde da comunidade...” , porém neste período, os problemas referentes as doenças epidêmicas, a assistência médica propriamente dita, o saneamento ambiental e o suprimento de água, encontravam-se nos mesmos padrões da idade média. “O padrão administrativo da Idade Média persistiu, e não seria alterado, até o século XIX. Durante esse período seminal, no entanto, o terreno para a mudança estava sendo preparado” (Rosen; 1994:108).

Em diversos países, na atualidade, o vínculo é uma diretriz dos modelos de assistência, usado como uma ferramenta no sentido de consolidar referências nos profissionais e responsabilização destes para com uma determinada parcela da população usuária dos seus serviços de saúde. Inglaterra e Cuba têm servido como referência para modelos assistenciais que operam com a diretriz do vínculo. Na primeira, a população é adscrita ao General Practic e na segunda a um médico de família. Como instrumento gerencial, a vinculação da clientela não deve se transformar em um fetiche, ou panacéia, que a tudo pode resolver. Gastão W. S. Campos, ao discutir a organização dos serviços de saúde, em uma nova modalidade assistencial, alerta que mesmo com vinculação de clientela, o serviço pode continuar operando no formato liberal: “Penso que o desenho da rede brasileira de primeiro atendimento deveria inspirar-se mais nas noções dos defensores da integração sanitária do que em experiências como a da Inglaterra ou de

Cuba. Nesses dois países, a atenção básica é assegurada por médicos generalistas ou de famílias, segundo uma modalidade que conserva muito da tradição liberal”²². (Campos; 1992:148)

Este autor, propõe a estruturação de equipes multiprofissionais, às quais se adscvem um dado número de usuários. Esta organização justifica-se em dois sentidos: o de “quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais” (...) “responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los, o que ocorreria por meio da vinculação de cada equipe a um certo número de pacientes previamente inscritos, do atendimento de uma certa parcela da demanda que espontaneamente procura a unidade, bem como pela responsabilidade em relação aos problemas coletivos” (Campos; 1992:153).

O Programa de Saúde da Família adota a diretriz de vínculo e propõe a adscrição de clientela, de 600 a 1.000 famílias, em um determinado território, que se adscvem a uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 5 agentes comunitários de saúde. Esta equipe passa a ser a “Porta de Entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda espontânea. É dada ao PSF a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, e essa mudança deve se caracterizar quando tiver um modelo que seja usuário-centrado. Contudo, ao que parece, não há uma real desburocratização do acesso aos serviços, visto que o atendimento às urgências, que é muito importante do ponto de vista do usuário, não torna-se ponto forte de sua agenda de trabalho. Os serviços que não conseguem criar esta agenda, tem se

²² Ver Campos; G.W.S. Reforma da Reforma - Repensando a Saúde; Hucitec; São Paulo, 1992.

mostrado como de baixa credibilidade para os usuários (Chakkour e all., 1992). Assim, o PSF parece cometer um erro de saída.

Outra questão importante, que pode interrogar a suficiência do Programa, diz respeito ao fato de que, apenas por modificar a estrutura, não se garante que a relação dos profissionais com os usuários seja também realizada sobre novos parâmetros de trabalho no território das tecnologias de saúde, e de civilidade, acolhimento e construção de processos mais comprometidos com os usuários, seus cuidados e curas.

Estrutura e organização do PSF

O Sistema Único de Saúde é, dentre várias coisas, também resultado e produto legal e institucional do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil, que se organizou a partir de idéias que conjugavam propósitos vinculados à obtenção de um maior grau de cidadania, inscritas na concepção de que saúde é um direito público. Por outro lado, o mesmo movimento operava em torno de idéias em relação ao padrão de assistência a ser construído, que tinham como matrizes vários modelos tecnoassistenciais constituídos na tradição da saúde pública brasileira, que tendencialmente incorporaram a epidemiologia e a vigilância à saúde, como eixos norteadores vitais para a conformação tecnológica dos diversos fazeres dos serviços de saúde. Ou seja, o campo para o crescimento de propostas modelares do sistema de saúde brasileiro, principalmente com referência nas idéias fundantes da Medicina Comunitária e nos Cuidados Primários em Saúde, agregadas das estratégias de constituição dos SILOS (Sistemas Locais de Saúde), estava dado (Silva Jr., 1998), o que de um lado pode mostrar os seus limites para cumprir as finalidades mudancistas que promete em termos dos modelos assistenciais.

Dentre os diversos problemas, enquanto “estratégia de mudança do modelo assistencial”, pode-se de modo sistemático, apontar o seguinte:

A idéia, que já se descreveu inclusive em momentos anteriores deste texto, de que esteja mais voltado para ações as de natureza “higienistas”, do que as de cunho “sanitaristas”, não dando valor e importância suficientes a uma rede básica assistencial, integrada ao sistema de saúde, ganha um grande destaque por tornar-se uma perspectiva muito polêmica em um país como o Brasil, pois ao se verificar, que de acordo com dados do Ministério da Saúde de 1998, há no país 55.647 Unidades Ambulatoriais, das quais 31.342 constituem-se de Unidades Básicas de Saúde, o que fazer com esta ampla e capilar rede de serviços, locais. No Brasil, há em média uma Unidade Básica para cada 5.424 habitantes, valor muito melhor do que o recomendado pela OMS, que é de uma UBS para cada 20.000 habitantes.²³ Esta rede, construída ao longo da história da saúde pública neste país, oferece um equipamento importante para operar a assistência à saúde e deve necessariamente ser considerado para a organização de um novo modelo assistencial.

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o Programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência. As visitas domiciliares,

não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque é um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, e já vem sendo uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive mostrando bons resultados. É próprio da missão das Unidades de Saúde e deve ser considerado um expediente rotineiro em serviços assistenciais. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática “procedimento centrada” e nem mesmo que o trabalho dos outros profissionais deixem de ser estruturados pelos atos e saberes médicos. Estes são problemas de outras ordens, como está se tentando mostrar neste artigo. É fundamentalmente, o problema da esfera da micropolítica do trabalho em saúde, como já se viu.

Outra questão central, diz respeito ao fato dos seus mentores considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, elimina a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.

²³ Para mais dados e comentários a respeito ver: Caderno Temático “SUS NACIONAL: O Sistema Único de Saúde, Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados” editado pela CNTSS/CUT sob coordenação

As visitas domiciliares compulsórias, indicam dois tipos de problemas muito graves, por sinal: um, diz respeito a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, pelo programa, principalmente de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que devem percorrer o território insistentemente. Mas, pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visitação de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. A visita destes profissionais deve ser bem direcionada para situações em que realmente é necessária, como para executar uma consulta, um procedimento de baixa complexidade que pode ser realizado no domicílio, atividades de promoção e prevenção através de reuniões de grupos, atividades intersetoriais na comunidade e demais ações em que a presença destes profissionais seja recomendada, senão a sua presença tem só um reforço ideológico de dependência da população em relação ao profissional de saúde. É como se o tiro saísse pela culatra.

Um outro aspecto, da visita domiciliar compulsória, diz respeito ao fato de que isto, pode significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. O controle que o estado pode exercer sobre cada cidadão, é reconhecido como problema e fica mais evidente, ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país sob governo autoritário, o quanto não há um cunho trágico nisso.

Uma questão muito sentida, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a

idéia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua “interiorização”. Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, como muitas vezes esta diretriz tem sido assimilada, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. O modo de assistir as pessoas, está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

O PSF mitifica o generalista, como se este profissional, ou melhor, esta “especialidade” médica conseguisse por si só implementar novas práticas de saúde junto à população. Sabe-se que qualquer serviço de saúde, necessita de dispositivos que mexam na micropolítica do processo de trabalho e façam com que as tecnologias leves sejam as determinantes do processo de produção de saúde, para mudar o seu perfil assistencial. Isto não ocorre apenas mudando o perfil técnico do profissional. De acordo com dados da pesquisa “Perfil dos Médicos do Brasil”, realizada pela Fiocruz/CFM em 1995, de 183.052 médicos registrados nos Conselhos de Medicina, 2,6% são especializados em Medicina Geral e Comunitária, enquanto 33,2% destes são especialistas nas áreas básicas (pediatria - 13,4%; gineco-obstetrícia - 11,8%; clínica geral - 8,0%). Seria mais adequado um modelo de assistência que absorvesse com mais naturalidade estes profissionais, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades de adquirir novos conhecimentos e operar novos fazeres. Isto seria a construção de sujeitos plenos, capazes

de liberar sua energia criativa no trabalho vivo que cada um é capaz de operar em outra modelagem assistencial.

O tema das especialidades médicas e o processo de trabalho em saúde tem sido objeto de atenção de gestores e formuladores de políticas de saúde, dado a importância e a dimensão desta questão diante da produção dos serviços de saúde, em especial na configuração de modelos centrados no usuário, que demandariam ações mais “generalistas” do que “especializadas”. De acordo com Campos et al, a especialidade médica se circunscreve ao “núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade”, contudo o médico detém ainda uma certa tecnologia de trabalho, que lhe dá maior amplitude de ação, o qual o autor denomina de “campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, ... seria um campo de interseção com outras áreas”. (Campos; Chakkour; Carvalho; 1997:143).

Merhy descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata “seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém”. (Merhy; 1998:113) Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em “relações intercessoras com os usuários” produzem o cuidado.

No fundamental, esta discussão nos indica que a polêmica entre generalistas X especialistas se torna uma falsa polêmica, ao verificarmos que se o generalista se isolar no seu campo de conhecimento próprio, ele pode ao longo do tempo se transformar em um “especialista da generalidade” e assim, derrotar a sua pretensa resolutividade. A

verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham inseridos diretamente na assistência, mas todos os que labutam na produção de serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos. Este é um território pôr onde transita não apenas o mundo cognitivo, mas a solidariedade profissional está presente na boa prática de interagir saberes e fazeres e pode se mostrar eficaz na constituição de modelos assistenciais centrados no usuário. Isto pode ser real, se pensarmos que “todo profissional de saúde, independentemente 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”. (Merhy; 1998:117).

Temos mencionado ao longo do texto que em saúde estão presentes problemas complexos e para resolvê-los, temos indicado possibilidades que articulam o território das tecnologias, trabalhos multiprofissionais que em conjunto devem agir produzindo o cuidado. Sem esquecer que a produção de saúde requer intervenções singulares, a partir de problemas específicos que se apresentam. Neste sentido, Merhy propõe a elaboração pelas equipes de referência dos usuários, de “projetos terapêuticos” individuais a serem operados pôr um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que então ficaria com a função de “gestor do cuidado”. Este profissional assume as funções de “um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nesta 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 de ter

poder burocrático-administrativo na organização. Vive, desse modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido duplo: como um clínico, pôr travar relações intercessoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos; e como um gerente do processo, pôr cuidar, através da administração, de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico”. (Merhy; 1998:117).

A produção do cuidado é possível, a partir dos dispositivos aqui pensados, operando em rede, dentro de um dado sistema de saúde, onde os diversos serviços interagem generosamente em seu favor, o que pôr si pressupõe, voltado aos interesses e necessidades dos usuários. O “operador do cuidado”, a quem cabe “administrar” o projeto terapêutico, fará a conexão entre os recursos disponíveis na Unidade Básica e aqueles dispostos na rede de serviços, quando necessários. Em qualquer hipótese, os usuários deverão estar vinculados e portanto sob o cuidado da sua equipe de referência na Unidade Básica.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implementação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa, são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas, deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficarem fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Agindo assim, o Ministério da Saúde não só aborta a construção de modelos alternativos, mesmo que similares a proposta do PSF, como engessa o próprio Programa de Saúde da Família diante de realidades distintas vividas em diferentes comunidades em

todo território nacional. O tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a primeira república, se evidencia neste ato.

Esta é uma contradição central do programa, que contradiz propósito inscrito na própria NOB/96, que “autoriza” a constituição de programas “similares” ao PSF. No entanto, este dispositivo não tendo sido regulamentado, têm prejudicado outras propostas de modelos assistenciais que se colocam no cenário da mudança dos serviços de saúde no Brasil. Os municípios que organizam sua assistência de forma diferente do PSF, mesmo operando similarmente, ou seja, com equipes multiprofissionais e vinculação de clientela, não podem se habilitar para o acesso aos recursos adicionais do MS. Hoje, diversos municípios têm reclamado estes recursos, estando o MS estudando a possibilidade de regulamentar e tipificar os “modelos similares” para acesso aos recursos adicionais.

Em relação a escolha da família, como espaço estratégico de atuação, também é necessário alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um “indivíduo em relação”, em oposição ao “indivíduo biológico”. Com certeza, onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto nem sempre, este núcleo está presente. Nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

Sobre a força de atração do PSF.

Mesmo com todos esses problemas verificados até aqui, o Programa de Saúde da Família aparece no cenário das políticas de saúde no Brasil, com capacidade de seduzir

amplas camadas da população, carentes que estão de assistência. Esta adesão é verificada, também, entre setores significativos dos formuladores de políticas e gestores, participantes do movimento reformista da saúde, que têm apostado na construção do SUS.

Por quê, uma adesão tão ampla a uma proposta que responde de forma limitada as necessidades de atenção a saúde da população e se apresenta frágil diante dos desafios que estão colocados para “mudar o modelo assistencial”?

Inferir, aqui, uma resposta a esta questão, envolve sempre o risco de ser mal interpretado. Contudo, várias interrogações cabem daqueles que têm se debruçado sobre a discussão dos modelos de assistência à saúde, e particularmente se há um acúmulo efetivo, por este caminho, na capacidade de protagonização, dos setores que lutam pela transformação da realidade sanitária no Brasil, de implementarem novas construções de consolidação das mudanças?

Destaca-se, em primeiro lugar, raízes comuns entre o que historicamente tem proposto o movimento da reforma sanitária, como já foi indicado, e o que está sendo proposto pelo PSF. Percebe-se que o mesmo campo teórico articula os dois movimentos, ou seja, as bases conceituais utilizados da epidemiologia e da construção de uma prática ordenada pela vigilância à saúde. Esse núcleo de saberes e práticas em saúde está articulado à formação do que Mario Testa nomeia de “sujeitos epistêmicos”, que têm se constituído em protagonistas hegemônicos no interior do movimento pela reforma sanitária no Brasil. Neste sentido, os dois lados encontram-se na esfera do conhecimento estruturado, das práticas preconizadas, e no nível do imaginário construído no seu entorno, a partir das representações simbólicas que são comuns ao ideário da reforma e ao Programa de Saúde da Família.

Ao se construir as “Árvores de Conhecimentos”²⁴ do grupo hegemônico da reforma sanitária brasileira e dos propositores do PSF, poderia ser visto que há uma grande coincidência entre os patrimônios de conhecimentos presentes nas duas propostas.

A similaridade entre o PSF e as propostas da Medicina Comunitária e Cuidados Primários em Saúde, que têm como principal referência institucional a OMS, fortalecem sobremaneira a percepção, nestes setores, do PSF como uma proposta que vem de encontro, realmente, ao que já estava sendo sugerido, ao longo do tempo, em alternativa ao MMH, e mesmo como movimento acumulativo “natural”, nesta direção.

O PSF articula um discurso de conotação populista, voltado “aos pobres”, propondo-se como mecanismo efetivo para a sua inclusão no campo da assistência à saúde. Esconde, porém, neste discurso, suas limitações e, pior ainda, a intenção velada de se promover um sistema de saúde tecnologicamente empobrecido, de baixo custo, focado nos pobres. Embora oculta, esta intenção tem ficado cada vez mais clara, ao se analisar com um pouco de olhar crítico, os órgãos financeiros internacionais, como, por exemplo, o “Relatório sobre o desenvolvimento humano de 1993 do Banco Mundial (Investindo em Saúde)”, e a própria NOB/96, que ao definir as condições de gestão entre “plena da atenção básica” e “plena do sistema municipal” acaba por expressar uma proposta que diferencia dois sistemas de saúde, um que poderá se reduzir a ofertas de ações de saúde de baixa complexidade, mas não necessariamente mais resolutivas, e um outro de média e alta complexidade e hospitalares, também, não necessariamente mais integrado e universal.

²⁴ Criada por Pierry Lévy, as “Árvores de Conhecimentos” expressam o patrimônio de conhecimento existente em determinado agrupamento humano, que podem ser registrados por alguns símbolos que darão o perfil de conhecimento inscrito a determinada árvore. Ver Lévy, P. & Authier, M.; “As Árvores de Conhecimentos”; Escuta; São Paulo, 1995.

Joga também, no sentido da maior adesão ao Programa, uma certa facilitação do acesso de governos locais, aos recursos financeiros oriundos do Ministério da Saúde, que tem destinado subsídios e incentivos aos municípios para a implantação do PSF. Em Minas Gerais, até mesmo o governo estadual destina incentivos na quota de ICMS dos municípios, que têm o PSF implantado. Num momento onde têm sito parcos os recursos para a saúde, a possibilidade de financiamento de programas no setor os colocam como muito promissores, frente aos gestores dos serviços de saúde. Há nesta perspectiva, uma natural e inquestionável adesão a proposta.

As características positivas no PSF, dizem respeito principalmente à adscrição de clientela, o que possibilita criar referências dos usuários em relação a uma dada equipe e responsabilizar esta pela assistência àquela população. No entanto, este expediente não é exclusivo do programa, pois este dispositivo é utilizado em outros modelos assistenciais, inclusive em hospitais, como um mecanismo de mudança das relações e da melhoria na produção do cuidado em saúde.

O PSF, o processo de trabalho em saúde e o mito da Esfinge

“decifra-me ou te devoro”.

Se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá-se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais.

Aqui, entende-se que ocorre com o PSF algo parecido como o enigma da Esfinge. Conta a mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge fixou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual é o animal que anda com quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem, que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta. No PSF acontece o mesmo, ou seja, o programa enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não decifra-o e como no caso da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado, e por não saber - inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Por quê isso, se todo esforço e discurso é feito para mudar esta lógica de produção? Interpretar a essência dos processos de trabalho em saúde é a condição para decifrar seus enigmas e impedir a ação destruidora da “esfinge”, que diz respeito à dinâmica do capital posta no caso da saúde. Para ferir de morte esta dinâmica, é preciso uma ação que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos seus processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção de saúde.

Diversos estudos têm discutido sobre os temas do modelo assistencial e do trabalho em saúde (Donnangelo, 1976; Gonçalves, 1994; Campos, 1992; Merhy 1997, 1998). Com nuances, dão conta de que não é a mudança da forma ou estrutura de um modo medicocêntrico para outro, equipe multiprofissional centrado como núcleo da

produção de serviços, que por si só garante uma nova lógica finalística na organização do trabalho. É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência. É necessário associar tanto novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. O trabalho em saúde está sempre ligado a uma “face humanitária” que deve ser incorporada ao arsenal tecnológico usado para a produção de serviços. Especialmente, neste último sentido, destaca-se a produção do Acolhimento e da Responsabilização e do Vínculo, enquanto diretrizes do modelo assistencial, na medida em que, ao mesmo tempo, que são tecnologias leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde, também jogam papéis firmes na construção de uma nova postura dos profissionais frente aos usuários, re-centrando a finalidade de seus trabalhos, e disparando a constituição de novos processos coletivos de subjetivações no interior das equipes de saúde.²⁵

Portanto, estes novos fazeres, práticas, se materializam em “tecnologias de trabalho”, usadas para produzir saúde. Tecnologias, aqui, entendida como o conjunto de conhecimentos e agires aplicados à produção de algo. Este conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leveduras, respectivamente, lugares próprios do “trabalho morto”. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é

²⁵ Ver Franco, T.B.; Bueno, W.S. e Merhy, E.E.; obra citada.

essencialmente um trabalho interseçor (Merhy, 1997). Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços de saúde, a partir das relações singulares, é operada por “tecnologias leves”, território onde se inscreve o “trabalho vivo em ato”. Buscar na arena da produção de serviços de saúde, os lugares onde se matriciam o conhecimento²⁶ e a forma de potencializá-los para a assistência à saúde é fundamental. Isto só será possível, se for permitido, por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo da sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários. O “trabalho vivo em ato” é aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza, no imediato fazer a produção do serviço.

As tecnologias de trabalho, têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde, definindo por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos deste processo. Nessa questão, é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado, é ao mesmo tempo determinado pelo uso de tecnologias duras, o que o torna não apenas custoso, mas pouco resolutivo, na medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. Resolver problemas de saúde resumiu-se em realizá-los, como um fim em si mesmo.

Portanto, importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando porque é necessário alterar muito mais do que estruturas, deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados.

²⁶ Sobre teorias do conhecimento, ver Lévy, P.; *Tecnologias da Inteligência*; Ed. 34; S. Paulo; 1994 e *Árvores de Conhecimentos* (obra citada).

O PSF diante do processo de trabalho em saúde e suas tecnologias.

Há uma caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa. São definidas a priori os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado. Não é muito diferente do modelo atual que infere que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas de saúde.

Diante disso, na vida real dos serviços que aderem ao PSF, cabem três tipos de ações dos profissionais da equipe: ignorar as prescrições, e manter a lógica atual (as diversas planilhas podem ser preenchidas de forma "criativa"); aceitar as prescrições, recapitulando os objetivos, mas mantendo o compromisso principal do serviço de saúde, não com os usuários, mas sim com novos procedimentos; e finalmente a equipe pode ignorar parcialmente as prescrições e dedicar-se criativamente a intervir na vida da comunidade em direção a melhoria de suas condições de vida. Esta possibilidade é mais remota, porque significa trabalhar com a consciência de que nenhuma ferramenta (apesar das promessas do PSF), pode dar conta de tudo, embora todas sejam necessárias. Só um exemplo: que ferramentas utilizar para trabalhar, individual e coletivamente, com o alcoolismo ? Pensar a cura, mas também a prevenção ? Somente este único problema de

saúde, com alta incidência, exige de uma equipe de saúde, conhecimento e criatividade, para a intervenção. Reconhecer a insuficiência das prescrições e das receitas, não é tarefa simples. Um processo de trabalho, prescritivo a nível central, não contribui para este movimento dentro da equipe. A solidariedade interna da equipe, a sinergia das diversas competências, pré-requisitos para o desafio desta equipe, fica desestimulada pelo detalhamento das funções de cada profissional. Trabalhar com este limite e com a necessidade de inventar abordagens a cada caso, exige um ‘luto’ da onipotência de cada profissional, para que seja possível o trabalho em equipe, e some-se as competências e a criatividade de cada membro da equipe. O PSF, com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação deste problema, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competência.

Aqui entra uma questão central, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum à maioria dos trabalhadores, não pode dizer que há trabalho em equipe. O aprisionamento de cada um em seu “núcleo específico” de saberes e práticas, aprisiona o processo de trabalho as estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Ao contrário, o “campo de competência” ou “campo do cuidado”, além da interação, abre a possibilidade de cada um usar todo seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado.²⁷

CONCLUSÃO

Há uma tendência, em todas as discussões de análise do SUS, a circunscrever os graves problemas verificados na sua implantação, relacionados à conjuntura econômica. Geralmente, este é o argumento utilizado para formular, aprovar e implantar políticas de saúde excludentes, restritivas. O caso brasileiro registra um significativo desfinanciamento do setor saúde, após a aprovação do SUS na Constituição de 1988 e isto tem servido como justificativa para as políticas racionalizadoras adotadas desde sempre. As políticas de saúde caminhariam para um lugar diverso daquele que significaria a universalização do acesso à assistência. Fleury propõe inverter esta discussão para a esfera do político, avaliando que "...a possibilidade de considerar a política social como uma metapolítica deva ser pensada de uma forma muito mais ampla do que a mera discussão reducionista que limita o problema a atual escassez de recursos. (...) Se a política social é vista como um princípio de ordenamento das escolhas que definem a inclusão/exclusão dos membros de uma comunidade, não podemos deixar de considerá-las desde a perspectiva do poder. Em outras palavras, as políticas sociais são poder institucionalizado e devem ser compreendidas como resultados de um curso histórico singular que configurou um dado padrão de respostas às demandas sociais emergentes". (Fleury, 1997:37)

A autora ao discutir o quadro de crise econômica e ajuste liberal do país e as conseqüentes repercussões na esfera do comportamento de indivíduos e grupos, que se manifestam em torno de uma dada "lógica individualista", decompondo "as redes de solidariedade", pervertendo o sentido da ação política, nos relata que: "As conseqüências

²⁷ Sobre estas questões, ver: Merhy, E.E. "A perda da dimensão cuidadora..." (obra citada) E Campos; G.W.S.; Carvalho e Chakkour, "Notas sobre residência e especialidades médicas"; Cadernos de Saúde

na organização do sistema de saúde foram marcantes: cada um dos atores, grupos ou instituições, buscou fugir do Sistema Único de Saúde com suas regras uniformizadoras, evitando o nivelamento pôr baixo. A política de universalização se transforma em uma focalização perversa; a equidade se deforma em um sistema altamente segmentado, a publicização se revela em uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado”. (Fleury, 1997:34)

Rearticular as bases potenciais do movimento reformista, neste momento, significa recompor ao nível da sociedade os “princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania”. (Fleury, 1997:40). Um novo pacto societário pressupõe, segundo a autora, a combinação da idéia de que a proteção social deve estar desvinculada da estrutura de mercado de trabalho; a democratização da sociedade, incluindo a prática da democracia direta, a busca da inclusão social, respeitando a singularidade, “a auto-determinação solidária”.

Portanto, sem desconsiderar que a questão do financiamento é importante, ele não pode ser o ponto de partida e nem o determinante na definição das propostas de políticas de saúde. O que deve definir os modelos de assistência, são principalmente o território de necessidades e os problemas de saúde colocadas pela população como os desafios dos serviços de saúde em atendê-los. Na esfera do estado, é necessário garantir os princípios que regem a cidadania, seja ela produto de uma “tutela conquistada” ou “tutela outorgada” (Merhy, 1998), é necessário que seja libertária e emancipatória, produtora de sujeitos autônomos. A reforma do Estado, direcionada pela ética do mercado, “levaria às propostas atuais de segmentação dos mercados sociais, institucionalizando as

desigualdades através da políticas públicas, o que nos remeteria, irremediavelmente, à focalização como negação da cidadania". (Fleury; 1997:39).

Insisti-se na hipótese de que, a mudança do modelo assistencial, se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, particularmente do médico, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso das tecnologias leves, que operam em relações interseçoras entre trabalhador-usuário. O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança do modelo e a produção do cuidado e da cura, visando a recuperação ou os ganhos de autonomia dos usuários-indivíduos ou coletivos, bem como da proteção e defesa da sua vida. Os pequenos atos do cotidiano dão perfil novo à assistência, quando articulados entre trabalhadores e usuários, numa dada situação onde um e outro colocam-se como sujeitos de um mesmo processo, da produção da saúde.

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF deve modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar de forma "tecnologias leves dependentes", mesmo que para a produção do cuidado sejam necessários o uso das outras tecnologias. Portanto, pode-se concluir que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF's médico centrados assim como outros usuário centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde, as quais foram discutidas neste trabalho e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários.

A adesão ou a rejeição ao Programa de Saúde da Família, deve considerar que da forma como o PSF está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe dá a possibilidade de se tornar de fato um dispositivo para a mudança, como é o objetivo do PSF, de acordo com o MS. Toda a discussão realizada aqui, indica que o Programa precisa se reciclar para incorporar potência transformadora ou melhor, assumindo uma configuração diferente.

BIBLIOGRAFIA:

1. "Programas e Projetos - Saúde da Família"; Ministério da Saúde, 1998; pág. 1. (documento disponível na Internet, no site do MS).
2. "Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde"; Ministério da Saúde, mimeo, Brasília; março de 1996; pág. 2.
3. Almeida C.; Crise Econômica , Crise do "Welfare State e Reforma Sanitária" in A Miragem da Pós-Modernidade - democracia e políticas sociais no contexto da globalização; Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997.
4. Baremblit, G., "Compêndio de Análise Institucional e outras correntes", Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992.
5. Bobbio N. et all; Dicionário de Política; Ed.UNB ; Brasília (DF); 1995.
6. Bueno, W. S., Merhy, E.E. ; Norma Operacional Básica e o modelo tecnoassistencial em saúde, mimeo, Campinas, 1997.
7. Campos, G.W.; Chakour, M.; Santos, R.C. "Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS) in Cadernos de Saúde Pública, ENSP; Rio de Janeiro, 1997.

8. Campos, G.W.; Merhy, E.E.; Nunes, E.D. - "Planejamento sem Normas", Ed. Hucitec, S. Paulo, 1994;
9. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
10. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
11. Cecílio, L.C.Ol (org.) et all; "Inventando a Mudança na Saúde"; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
12. Chakkour e all. Satisfação da clientela da rede de serviços do município de Paulínia, mimeo, 1992.
13. Deleuze G., Guattari; O Anti-Édipo; Assírio & Alvim, Lisboa, 1966.
14. Dominguez, B.N.R., "Programa de Saúde da Família - como fazer", Ed. Parma Ltda., S. Paulo, 1998. Silva Jr., A.G., Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva, Ed. Hucitec, 1998.
15. Fleury, S.; "A Questão Democrática na Saúde" in Saúde e Democracia - a luta do CEBES; Lemos, São Paulo, 1997.
16. Franco, T. B. & Merhy, E. E. ; O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP, mimeo, Campinas, 1998. (no prelo da revista Serviço Social e Sociedade - Ed. Cortês - RJ).
17. Franco, T.B. & Rezende, C.A.P; SUS Nacional: O Sistema Único de Saúde, Condições de Vida no Brasil, nas Regiões e Estados in Caderno Temático editado pela CNTSS/CUT; São Paulo, 1998.

18. Franco, T.B.; Bueno, W.S.; Merhy, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: O Caso de Betim (MG); São Paulo, 1998. (aprovado para publicação no Cadernos de Saúde Pública da ENSP).
19. Gallo, E., Merhy, E.E., Gonçalves, R.B.M. - "Razão e Planejamento - reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade", Ed. Hucitec, S. Paulo, 1995;
20. Gonçalves, R.B.M.; Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde; HUCITEC, São Paulo, 1994.
21. La Declaration D'Alma-Ata; Organisation Mondiale de la Santé.
22. Lévy, P. "As Árvores de Conhecimentos", Ed. Escuta, 1995.
23. Lévy, P. "As Tecnologias da Inteligência", Ed. 34, S. Paulo, 1993.
24. Lima, C.R.; Reforma do Estado e Política de Saúde: Discussão da Agenda do Bando Mundial e da Crítica de Laurell in Saúde em Debate - revista do CEBES; Número 40/50; Londrina (PR), 1995/96.
25. Mandel E.; O Capitalismo Tardio; Nova Cultural, São Paulo, 1985.
26. Matus, C. - "Política, Planejamento e Governo", Ipea, Brasília, 1993;
27. Medes, E.V. (org.) et all "Distrito Sanitário - o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde", Ed. Hucitec, São Paulo, 1994.
28. Médici, A C; "Necessidades de Financiamento do Setor Saúde no Brasil em 1995" in Saúde em Debate - revista do CEBES N.º 48; Londrina (PR), 1995.
29. Mendes, E.V.(org.) et all, "A Organização da Saúde no Nível Local", Ed. Hucitec, S. Paulo, 1998.
30. Mendes, E.V., "Uma Agenda para a Saúde", Ed. Hucitec, S. Paulo, 1996.
31. Merhy, E.E. & Onocko, R. (Orgs.) Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, São Paulo, 1997.

32. Merhy, E.E. "A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas", mimeo, Campinas, 1998.
33. Merhy, E.E. "A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência" in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.
34. Merhy, E.E. A Saúde Pública como Política -um estudo dos formuladores de políticas; Hucitec, São Paulo, 1992.
35. Merhy, E.E. O Capitalismo e a Saúde Pública; Papyrus, Campinas, 1985.
36. Merhy, E.E. O Desafio da Tutela e da Autonomia: Uma Tensão Permanente do Ato Cuidador; mimeo, Campinas (SP), 1998.
37. Merhy, E.E. Alma Ata: qual é o jogo; mimeo, Campinas (SP), 1986.
38. Miranda, A.S. de; "Entre a Panacéia e o Preconceito"; texto disponível no site da Conferência Nacional de Saúde On Line, 1998.
39. Perfil dos Médicos no Brasil; Vol. I - Brasil e Grandes Regiões; Relatório de Pesquisa realizado pelo Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.
40. Primary Health Care (PHC) / Maternal Child Health (MCH); texto publicado pelo Centre for International Health Seminar Series, disponível na Internet, 1998.
41. Programa de Saúde da Família - PSF; Ministério da Saúde - 1998;
42. Rosen, G.; Uma História da Saúde Pública, Hucitec-Abrasco; São Paulo, 1994.
43. Schraiber, L.B., "O Médico e seu Trabalho", Ed. Hucitec, S. Paulo, 1993.

44. Silva Jr. A.G.; Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - o debate no campo da saúde coletiva; Hucitec, São Paulo, 1998.

Belo Horizonte - Campinas, março de 1999.

**O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O
Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).²⁸**

Túlio Batista Franco
Psicólogo Sanitarista
Mestrando em Saúde Coletiva - UNICAMP

Emerson Elias Merhy
Médico Sanitarista
Professor do DMPS/UNICAMP

Resumo:

**Título: O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).**

A produção dos serviços de saúde operam em grande medida, em cima dos processos de trabalho. No entanto, eles têm se mostrado carentes de instrumentos que possam lançar um olhar crítico e interrogar as diversas formas como estes processos acontecem, no âmbito da micropolítica da sua organização. De outro lado, as relações que se estabelecem no interior dos serviços de saúde, definem em grande medida o perfil da assistência, visto que elas podem ser por si, produtoras de saúde.

Ao analisar o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP, utilizaram-se de duas “ferramentas analisadoras”, quais sejam: O “fluxograma descritor”, que é o fluxograma “usuário-centrado”, aplicado ao processo de trabalho. Esta ferramenta mostrou-se potente para lançar “luz em áreas de sombra” sobre os fazeres cotidianos e revelar os nós críticos da produção dos serviços de saúde. A outra ferramenta, a “rede de petição e compromissos”, reproduz as demandas e pactos entre os diversos atores, na cena da produção da saúde. Funciona como questionadora da “rede de conversas” ao identificar os ruídos presentes nestas relações.

As duas ferramentas se mostraram potentes no objetivo de análise das micropolíticas de organização de serviços de saúde, oferecendo um olhar ampliado sobre problemas vividos neste lugar. Sua construção coletiva possibilita que simultaneamente à situação analítica, compareçam tecnologias de intervenção em serviços que possibilitam a construção de sujeitos coletivos neste mesmo processo.

Palavras Chave:

²⁸ Agradecimentos a Sandra Regina A. M. Terra, Diretora Técnica e toda equipe do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Gestão; Fluxograma; Rede de Petição; Planejamento; Sujeitos.

Title: THE USAGE OF ANALYSERS TOOLS OF THE HEALTH SERVICES.

The case of Social Service of the Clinics Hospital from the Unicamp (Campinas-Brazil).

Summary:

The health services production operate in large gauge, about of the work process. However, they have showed destitute of instruments that can throw an critic eyes and interrogate the divers ways like these process happen, in the ambit of the micropolitics from their organization. On the other hand, the relations that establish it into the health services, define in large gauge the profile of the assistance, seen that it can be by itself, health producers.

After to analyse the Social Service case of Clinics Hospital of UNICAMP, make it use of two “analysers tools”, like follows: The “descriptor fluxogram”, that it is the fluxogram “centred-usuary”, applied to the work process. This tool show it potent to cast “light in shadow areas” above the everyday tasks and reveal the criticals knots of health services production. The other one, the “request and commitment net”, reproduce the demands and pacts among diverse actors, in the health production scene. Functioning like questionable of the “talk net” to identificate the noises presents on this relations.

Both ones show them potentials in the purpose of analyse of the micropolitics health services organization, offering a wide view about troubles lived on this place. Their colective construction make possible that concurrently to analytcs situation,

attend them intervention technologies in services that allows the construction of collective subjects on this same process.

Key words:

Management, fluxogram, request net, planning, subjects.

INTRODUÇÃO

Geralmente quando começamos a avaliar determinado serviço de saúde, os trabalhadores que fazem esse exercício têm a tendência de discutir os aspectos mais gerais, macro estruturais do serviço, muitas vezes centrado nele mesmo. Porém, o que se observa é que para uma análise ser eficaz, ela deve reunir em torno de si, elementos, que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados á micropolítica da organização dos serviços, que dizem respeito às relações firmadas no processo de trabalho, aos interesses em jogo no dia a dia do serviço. Só assim, será possível mergulhar nos processos micro decisórios do cotidiano do serviço de saúde, identificando seus problemas, a partir dos ruídos gerados na assistência oferecida ao usuário. Uma reflexão com o objetivo de realizar uma análise situacional dos serviços e/ou estabelecimentos de saúde, deve lançar sobre o mesmo um olhar crítico e interrogador das diversas questões a ele implicadas. Será muito importante para este objetivo, os seguintes aspectos:

1. localizar no contexto geral, situacional, o lugar que ocupa o serviço em questão.

2. identificar a rede de relações existente inter e intra equipamento assistencial analisado, e nesta rede, esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória.
3. ouvir com objetividade os ruídos que existem no processo de trabalho e na assistência prestada ao usuário, sabendo avaliar suas razões e através deles interrogando o próprio serviço de saúde e o processo de trabalho a ele acoplado.
4. lançar luz sobre áreas de sombras que existem no serviço, problemas antes não revelados, muito menos sabidos, e que determinam o cotidiano da produção de serviços.
5. analisar a micropolítica da organização do processo de trabalho e da tecnologia das relações, como campo privilegiado do “saber-fazer” e neste contexto, o manejo das “tecnologias leves” (Merhy, Hucitec - 1997), como determinante das energias criativas e criadoras de novos padrões assistenciais.

Antes de gestores e trabalhadores iniciarem um processo de avaliação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, devemos nos interrogarmos com as seguintes questões: Vamos avaliar este serviço, para quê? A avaliação aqui realizada, servirá a quem? As mudanças institucionais, possivelmente identificadas como necessárias, serão viabilizadas como? Portanto, estamos diante de uma questão de maior grandeza, a que colocamos sobre o nosso próprio trabalho analítico, quando nos interrogamos da sua serventia, a quem se destina e as possíveis conseqüências práticas que ele pode produzir. Enfim, o que fazemos, a quem servimos e para onde vamos, são questões que perturbam nosso sono se não conseguirmos respondê-las objetivamente. Principalmente, se gestores e trabalhadores estão comprometidos com determinado

projeto assistencial, centrado nos usuários e seus problemas de saúde. Ao referirmos a estas questões, não estamos apenas falando do conteúdo, mas principalmente, o para que?; a quem? e o como?, nos dizem fundamentalmente sobre um certo rumo para o exercício profissional e sobre o método de intervenção em serviços, que deve ser competente para produzir sujeitos. Além disto, responder a estas questões indicam também um caminho a ser seguido, apontam determinada estratégia, no sentido matusiano do termo, que considera estratégia como “o uso ou aplicação da mudança situacional visando alcançar a situação-objetivo”²⁹.

Respondendo o para quê? ou falando da estratégia.

Os serviços de saúde em geral operam de acordo com o modelo hegemônico, centrado nos interesses das grandes corporações em sintonia com os objetivos institucionais do estabelecimento. Estes são determinados por um lado, pelas questões relacionadas a macro estrutura social, da divisão técnica e social do trabalho, de ordem mercadológica e das políticas de saúde. Por outro lado, são determinantes do modelo de atenção à saúde, a forma como os trabalhadores operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos no processo de trabalho cotidiano.

Este conjunto, macro e micro organizacional e institucional, que moldura o serviço de saúde, raramente desenha o seu modelo de assistência centrado no usuário. A forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde, aprisiona a

²⁹ Ver Matus, C.; “O Conceito de Estratégia” in Política, Planejamento e Governo - Tomo I, IPEA; Brasília (DF); 1993 - pág. 195.

energia transformadora produzida de relações construídas no dia a dia do serviço entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários. Em relação a estes últimos, são vistos como um objeto, à mercê do poder absoluto exercido pelos trabalhadores. Neste modelo tradicional, o encontro dos serviços com seu destinatário final, se dá por parâmetros burocráticos, onde as necessidades dos usuários são apenas subsidiárias aos interesses das corporações e do estabelecimento.

Fazer uma análise situacional do serviço de saúde, requer um olhar crítico sobre os processos instituídos e seus pilares de sustentação. O melhor produto desta análise deve ser, a criação da possibilidade de mudanças. Em consequência, um futuro planejamento das atividades deste serviço e/ou estabelecimento, deve se realizar, no sentido de abrir espaço às ações e movimentos instituintes. Derrubar os pilares que engessam o processo de trabalho e impedem inovações nos serviços de saúde, organizar um ambiente favorável à construção do novo, transformar a realidade instituída, será possível a partir das energias mudancistas liberadas pelo processo de análise do serviço/estabelecimento. Enfim, deseja-se remodelar o serviço, a partir de novas bases, relacionadas a determinado projeto assistencial coletivamente construído.

Se definimos o objetivo de um trabalho analítico, como os relacionados acima, nos vêem então a segunda questão: quem conduzirá a ação transformadora, a construção do devir a partir das bases constituídas com a análise do serviço e/ou estabelecimento?

Respondendo o a quem? se destina este trabalho.

O ator social e político, capaz de conduzir um processo de mudanças a partir do trabalho, são os próprios trabalhadores. Eles detêm o recurso fundamental do

conhecimento técnico, não apenas da sua formação, mas principalmente o que foi adquirido a partir da sua experiência concreta no dia a dia do serviço. Mais do que isto, os trabalhadores estabelecem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Este controle, lhes dá o extraordinário poder do “fazer”, podendo assim, operar os serviços de um modo ou de outro, conforme o projeto que ele considera mais adequado, de acordo com seus interesses, aos do usuário e do serviço, possivelmente nesta ordem. A transformação dos serviços de saúde portanto, é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, desde que se permita que o trabalho vivo, que opera a partir do conhecimento e das relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/estabelecimentos. Este é o terreno das tecnologias leves, capazes de conduzir a processos de mudanças na micropolítica da organização dos serviços de saúde³⁰.

Portanto, o trabalho de análise institucional como está aqui mencionado, se destina prioritariamente aos trabalhadores de saúde, os quais identificamos como os sujeitos por excelência, das mudanças nos serviços. Tem portanto, o objetivo de oferecer elementos para suas ações específicas, no sentido de criar movimentos instituintes no interior do serviço e/ou estabelecimento de saúde.

Estes trabalhadores só serão capazes de se colocarem como sujeitos em ação, se identificarem que a força transformadora se encontra neles mesmos e se tiverem compreensão dos processos vivenciados no seu trabalho. Neste sentido, em um processo de análise, a avaliação restrita ao plano da macro estrutura na qual se insere os serviços de saúde é absolutamente insuficiente. A compreensão dos micro processos decisórios,

³⁰ Ver Merhy, E. E.; “Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde” in *Agir em Saúde, um desafio para o público*; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

vividos a partir de cada um e do coletivo, no seu fazer cotidiano é que dará a real dimensão dos problemas e o alcance eficiente de ações instituintes neste patamar.

O processo de análise deve ser eficaz para mostrar a estes trabalhadores o que eles estão vivendo a cada dia, processos operativos não conscientes, velados pelo domínio hegemônico das corporações e pela burocracia nos estabelecimentos de saúde, que enquadram os serviços aos seus interesses, impedindo a ação criativa e criadora de cada um. Esse aprisionamento do processo de trabalho, anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes uma certa “cegueira institucional”, impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitados, ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho.

A ação instituinte será possível se o processo de análise situacional feito no serviço/estabelecimento de saúde, criar processos que revelem aos trabalhadores as áreas de sombra criadas por inúmeros processos intrínsecos à política hegemônica de organização dos serviços e do processo de trabalho. Mas, além de revelar estas questões, será necessário que estes mesmos processos criados pela reflexão sobre o serviço, sirva para que os trabalhadores se apropriem da sua realidade institucional e de seus próprios protagonismos. Essa apropriação lhes dá a possibilidade de serem artífices das mudanças pretendidas de acordo com determinado projeto estratégico que pode muito bem ser, o de um serviço centrado nos interesses dos usuários.

O desafio portanto que se coloca, é o de fazer uma análise situacional do serviço de saúde, com características de “análise institucional”³¹, capaz de abrir processos de

³¹ Análise Institucional está aqui mencionada enquanto um método de intervenção analítica. Gregório Barenblit diz que a análise institucional “...se propõe propiciar os processos auto-analíticos (ver Auto-análise) e autogestivos (ver Autogestão) circunscritos (se for o caso), mas tendendo sempre a que se expandam até conseguir um alcance generalizado ...”.

reflexão com objetivos acima mencionadas, e se coloque em condições de formar sujeitos neste processo.

Respondendo ao como? formar sujeitos no processo de análise de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde.

Partimos do pressuposto de que para formar sujeitos no processo, a análise da situação do serviço deve ser feita de forma coletiva, envolvendo os gestores e através destes, os trabalhadores. Buscamos nos registros de memória de cada um, os dados e informações para serem discutidas e processadas coletivamente. Acontece que muitas vezes a observação direta, a memória e a verbalização dos processos vividos por cada um, são insuficientes para revelar algumas áreas ocultas da micropolítica de organização dos serviços e do processo de trabalho. Neste sentido, será necessário lançar mão de instrumentos, que por serem auto-analíticos dos protagonismos cotidianos dos distintos agentes institucionais, lancem luzes a estas áreas até então obscuras aos trabalhadores que operam os serviços de saúde no seu dia a dia. Utilizamos a “rede de petição e compromissos” e o “fluxograma descritor” como ferramentas analisadoras, que possam contribuir, para abrir algumas “caixas pretas” tanto presentes na micropolítica dos processos de trabalho³², quanto nos mecanismos organizacionais capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena. As “caixas pretas”, as quais nos referimos, dizem respeito aos mecanismos que as corporações e a burocracia do

Ver Barembli, G.; *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes*; Ed. ROSA DOS TEMPOS; Rio de Janeiro, 1992.

³² Ver Merhy, E. E.; “Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde” in *Agir em Saúde, um desafio para o público*; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

estabelecimento utilizam para aprisionar e enquadrar o serviço, a determinadas normas, objetivos e resultados. Desta forma, impõem aos serviços de saúde um modo de agir próprio de acordo com seus interesses. Esse processo, histórica e politicamente determinado, é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador, e por isto mesmo, mecânico. Por outro lado, é determinante na maioria das vezes, do resultado final do trabalho realizado, fundamentalmente, dos produtos daquele estabelecimento.

O que se pretende com o processo de análise, ao abrir as “caixas pretas”, é revelar aos trabalhadores as amarras do serviço de saúde. Pretende-se assim, torná-los conscientes e ao mesmo tempo, donos dos processos vividos e constituídos por eles mesmos.

Como já foi mencionado, partimos da avaliação que os trabalhadores controlam recursos fundamentais para a ação transformadora dos serviços de saúde, dentre os quais destacamos: o recurso do conhecimento técnico, em primeiro lugar e em segundo lugar, o recurso do controle do processo de trabalho. As “tecnologias leves” são de seu domínio por natureza, e é acionando seu instrumental que eles vão conseguir alterar a micropolítica da organização dos serviços de saúde, organizando-os para outros objetivos e resultados, não mais de acordo com interesses das corporações e dos burocratas, mas no interesse do usuário em relação com os próprios trabalhadores, se puderem dar-lhes uma direcionalidade mais partilhada no coletivo dos sujeitos envolvidos, como um processo de “publicização” dos vários fazeres “privados”.

A utilização da “rede de petição e compromissos” e do “fluxograma descritor” contribui na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde sob o ponto de vista macro e micro estrutural. Permite a desconstrução e a simultânea construção do

imaginário coletivo em torno das questões colocadas pelo serviço de saúde, o trabalho e as relações implicadas com os produtos deste mesmo serviço.

O método portanto, conduz a uma contínua busca, a partir dos próprios protagonistas do trabalho que se realiza.

O CASO DO SERVIÇO SOCIAL DO HC-UNICAMP

Caracterização do Serviço Social do HC-UNICAMP

O Serviço Social do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas -HC-UNICAMP - tem atuação junto às áreas dos ambulatórios, procedimentos especializados, pronto socorro, programa de DST/AIDS e enfermarias do hospital. Conta atualmente com um quadro funcional de 50 assistentes sociais, incluídos a diretoria técnica, 30 auxiliares de assistentes sociais e 6 funcionários administrativos. Oferece produtos de assistência social, definidos pelo grau de complexidade em:

- Atendimento Social I : orientação simples.
- Atendimento Social II : orientação simples e convocação / prestação de auxílios concretos (passe, lanche, auxílio financeiro).
- Atendimento Social III : abordagem de baixa complexidade (orientações e encaminhamentos à Recursos da Comunidade, casas de retaguarda, grupos sala de espera.
- Atendimento IV : Abordagem de médica complexidade (entrevista inicial, casos novos, grupos educativo-terapêutico).

- Atendimento V : Abordagem de alta complexidade (atendimento familiar, atendimento individual complexo - DST/AIDS).
- Atendimento VI : Abordagem de altíssima complexidade (atendimento de maus tratos, rejeição familiar, desconhecidos).

Nas áreas dos ambulatórios, o Serviço Social conta com um plantão e tem como missão específica, regimentalmente definida o seguinte: “Ser um Serviço Social de referência, que atua junto ao usuário dos diversos ambulatórios do HC e seus familiares, prestando atendimento em nível assistencial e educativo, favorecendo a aderência ao tratamento, implementando projetos de estágios e aprimorando na área de Serviço Social, elaborando e executando pesquisas ligadas ao trabalho desenvolvido”.

Relato

O trabalho junto ao Serviço Social do HC-UNICAMP teve início, a partir de solicitação feita pela sua diretoria técnica e corpo de coordenadores, para uma contribuição na reflexão e análise sobre o desenvolvimento do Serviço Social no HC. Partiam de diversos questionamentos em relação ao modelo de assistência social adotado, e ainda havia dúvidas em relação ao próprio caminho que o Serviço Social estava seguindo no hospital.

A busca de uma clareza sobre seu papel, a forma de organizar a assistência social e um determinado projeto do Serviço Social para o HC-UNICAMP, colocava como primeiro desafio, buscar entender exatamente o que representa o Serviço Social dentro de um estabelecimento de saúde complexo como um hospital escola, em particular o Hospital das Clínicas da Unicamp.

Seria necessário lançar um olhar radiográfico, para dentro e de dentro do serviço, que fosse capaz de captar macro e micro processos decisórios, de organização do trabalho, dos produtos oferecidos, as relações e o poder instituído. Como fonte de informações, buscou-se a observação direta dos protagonistas deste processo, as coordenadoras do Serviço Social. Utilizamos ainda como fonte, seus registros de memória, existentes em função da experiência e do saber acumulado, a partir do próprio trabalho de assistência. No sentido de contribuir para a análise situacional, foi utilizada como instrumento analisador, sua “rede de petição e compromissos”, mantida nas relações inter e intra serviço, conectando esta rede aos outros atores sociais implicados de alguma forma com o Serviço e aqueles que operam o trabalho no dia a dia.

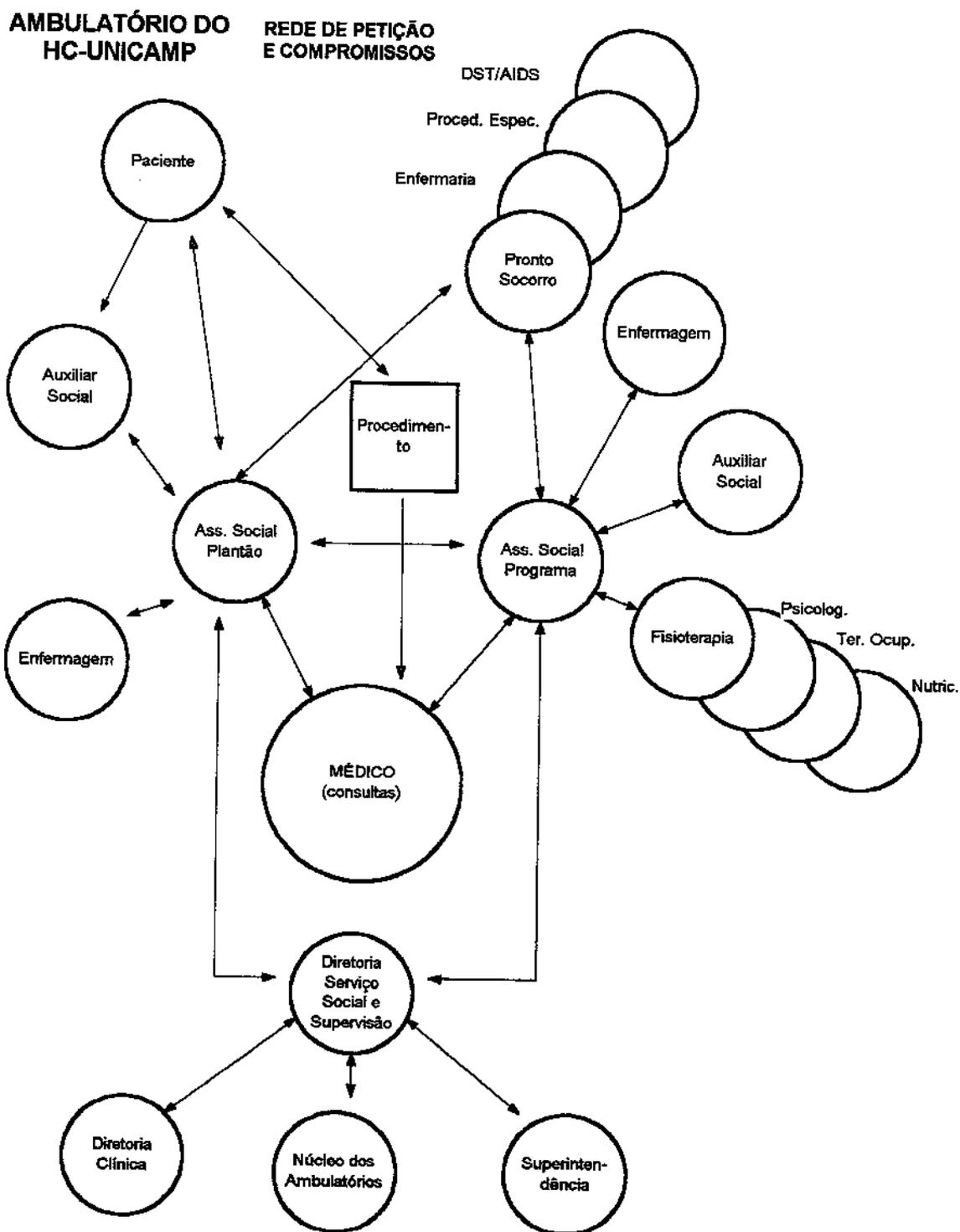
A construção da Rede de petição e compromissos

Para construção da Rede de petição e compromissos, foi utilizada como seu centro o próprio Serviço Social de cada área ou unidade do hospital. A imagem é a de uma “estaca”, firmada junto a assistência social, figurando como o centro da rede. A partir deste ponto, foram identificados e relacionados os diversos atores que estabelecem relação com o Serviço Social, fazendo pedidos e firmando compromissos ao mesmo tempo. A construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, o tipo de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores com o Serviço Social e mesmo, internamente ao próprio serviço.

Todas as unidades fizeram suas redes de petição e compromissos, sempre a partir da assistência social. Como há equivalência entre as diversas questões relacionadas ao Serviço Social nas diversas áreas do hospital, para efeito da análise, fez-se um recorte

delimitando a rede construída pela área dos ambulatórios. A representação gráfica da rede de petição e compromissos da área de ambulatórios é a seguinte:

Figura 1 - Demonstração gráfica da “Rede de Petição e Compromissos” da área de ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.



Podemos observar no diagrama que expressa a rede de petição e compromissos, que na verdade existem duas “estacas” do Serviço Social, recebendo e emitindo pedidos e estabelecendo compromissos. Uma primeira referência é do serviço de Plantão e o outro

relacionado aos Programas. Verificamos que o usuário, retratado aqui de paciente, só aparece uma vez, na ponta do diagrama, se relacionando com a assistente social de plantão, a auxiliar de assistente social e núcleo de procedimentos especializados. Todas as outras relações são mantidas, com serviços internos ao próprio hospital. Nota-se que, apesar da expressão gráfica da Rede de petição e compromissos retrata-la, tendo como centro o Serviço Social, o que aparece de fato em posição central, refletindo portanto sua força de atração no interior da rede que se realiza, é o ato médico, através da consulta.

Cabe questionar aqui o fato de que, nesta rede, o usuário é quem menos pedidos faz. A área de ambulatórios, o tem em posição marginal, e mantém centralmente e prioritariamente relações com os muitos serviços ali existentes. Como se verifica, inclusive pela representação gráfica, este não é um serviço montado e funcionando centrado no usuário. A escuta qualificada e o estabelecimento de relações que possam contribuir na definição da micropolítica da organização dos serviços, não existem institucionalmente. Na Rede de petição e compromissos, está claro que o Serviço ouve e fala a ele mesmo e aos outros serviços circunscritos à área de ambulatórios, a quem a assistência social, naturalmente deve servir. Neste movimento, o Serviço Social estará obedecendo a um comando determinado pelas dinâmicas intrínsecas ao próprio estabelecimento. Fica portanto a seguinte questão: Quem faz pedidos ao Serviço Social e determina sua rede de petição e compromissos, inclusive a dinâmica de seu funcionamento? Quem, em seus pedidos coloca o usuário “paciente” à margem dos processos inter e intra institucionais?

Pela representação gráfica da Rede de petição e compromissos, verificamos que há três linhas pelas quais correm os pedidos e compromissos que comandam a micropolítica da organização e relações do Serviço Social, quais sejam:

1. O hospital, representado pela sua superintendência, que comanda toda a burocracia interna, define normas e controla recursos. A superintendência tem certamente interesse em que o Serviço Social cumpra determinada missão e atue sob preceitos rigorosamente determinados de acordo com os interesses do estabelecimento. A Assistência Social se vê assim, enquadrada pelo instituído, que é capaz de definir a sua rede de compromissos. O Serviço é subsumido pelas leis e normas que regem os interesses do hospital escola.

2. Os médicos docentes, representados no diagrama pela Diretoria Clínica, são na verdade um forte corpo interno, que define relações, normas e critérios para o funcionamento do Serviço Social. À corporação médico docente o Serviço Social deve ser útil, aos seus interesses e por isto mesmo, determinam que resultados e produtos a assistência social do hospital deve oferecer.

3. O saber técnico estruturado da assistência social, representado pela Diretoria e Supervisão que conduzem as práticas sob determinados parâmetros e principalmente, cumprindo os compromissos tacitamente estabelecidos com a Superintendência do hospital e a corporação médico docente. No diagrama que representa a rede de petição e compromissos do Serviço Social da área de ambulatórios, estas relações estão muito bem representadas. Podemos ver que a Superintendência e a Diretoria Clínica mantêm em relação, a Diretoria do Serviço Social e esta, por sua vez, comanda as esferas operacionais do Serviço Social, plantão e programas, da área de ambulatórios. Esta é a rede transmissora do instituído. Vê-se que a partir daí, o Serviço Social estabelece sua ampla rede, no plano operacional, com os diversos serviços internos à própria área dos ambulatórios.

A Rede de petição e compromissos, nos revela como se dá o enquadramento do Serviço Social aos interesses do hospital. Observa-se com clareza a impossibilidade do usuário penetrar este sistema e influir esta rede de compromissos. É nítida, mais uma vez, sua figura coisificada, receptor e não sujeito da organização dos serviços e seus processos micro decisórios.

No detalhamento da análise, pode-se verificar ainda que:

A rede de conversas se apresenta tensa entre o serviço social, o usuário e o médico. Há pelo menos, três hospitais operando num mesmo espaço, num mesmo ambiente. Há um hospital na cabeça dos médicos, que na qualidade de docentes, pensam determinada missão para o hospital, que vem de encontro aos seus interesses, quais sejam, a de prestar assistência hospitalar, tendo o HC-UNICAMP como um centro de excelência nesta área e ainda, produzir conhecimento através das atividades de pesquisa e docência. O Serviço Social é inserido na organização dos serviços do hospital, subsidiariamente para que o estabelecimento tenha sucesso na sua missão. Voltaremos a este ponto na discussão do Fluxograma descritor, mais a frente. Há um outro hospital na cabeça das assistentes sociais, que trabalham com o imaginário da realização da assistência social como uma ação autônoma, onde seria possível operar a partir da tecnologia própria do Serviço Social e sob parâmetros humanitários e do direito de cidadania. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído ao hospital, vem se revelando a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e compromissos estabelecidos revelam, o quanto aquele ideário dos trabalhadores da assistência social, se encontra fora dos interesses das corporações que comandam o hospital. Há ainda um terceiro hospital, o dos papéis, da burocracia que opera através das normas, expedientes administrativos, e usa destes instrumentos para garantir a missão do

hospital, mencionada anteriormente. Define, desta forma processos micro decisórios como os fluxos, o acesso, a assistência real prestada aos usuários e os produtos oferecidos pelos diversos serviços hospitalares. Acima de tudo, enquadra os diversos segmentos ao seu propósito.

Há inúmeros ruídos que atravessam o serviço de assistência social e são portanto objeto de análise. Vindo geralmente do usuário, os problemas se manifestam muitas vezes nestes ruídos que fazem eco nos corredores do hospital. Eles são por excelência questionadores do modelo. Estes barulhos se apresentam no dia a dia, da seguinte forma:

- Usuários que diante das tensões existentes no próprio serviço e das dificuldades de acesso, constroem uma rede paralela para internação, através do Pronto Socorro, principalmente.
- Tentativas de manipulação pelo usuário dos trabalhadores do serviço social, a fim de garantir seus interesses/direitos.
- Dificuldade na interlocução entre os que operam os serviços e os que determinam suas normas, ou seja, entre os que fazem e os que mandam, em função de trabalharem uma rede de serviços verticalizada.
- Distanciamento do centro de poder do hospital, que na realidade define o processo de trabalho, de quem realmente o executa e promove o encontro do serviço com o seu destinatário final, o usuário.
- Critérios para internação nem sempre definidos com objetividade e nem sempre definidos por quem está na “ponta” do serviço.

A Rede de petição e compromissos revelou importantes questões, até então não percebidas, e colocou a necessidade de uma análise mais detalhada da micropolítica de

organização do trabalho no Serviço Social. Seria necessário ainda, melhor localizar este serviço no contexto mais geral da área dos ambulatórios, bem como revelar os caminhos que o usuário percorre em busca do acesso, atendimento, enfim, dos seus direitos em relação à assistência. Para fazer esta análise, optou-se pela construção do Fluxograma que descrevesse o processo de trabalho, detalhadamente.

O Fluxograma como analisador da micropolítica dos processos produtivos

O Fluxograma neste caso, é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Assim, o diagrama apresentado é uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho de assistência social, cotidianamente. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: A elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Procura-se com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de assistência social e assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se assim, ao retratar todos processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do Serviço Social.

Assim como na elaboração da Rede de petição e compromissos, para a construção do fluxograma foi escolhida a área de ambulatórios do HC-UNICAMP.

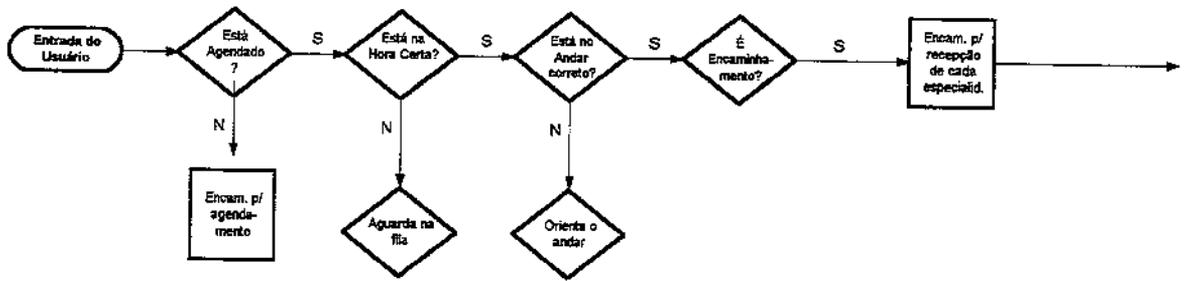
O trabalho de elaboração do fluxograma, contou com a presença da direção do Serviço Social e demais trabalhadores, assistentes sociais e auxiliares de assistentes

sociais na área de ambulatórios. Como já foi mencionado neste texto, é fundamental que o processo de construção do Fluxograma seja coletivo. Isto vale em certo sentido, para trazer mais memória acumulada para composição do diagrama do fluxo, na medida em que utilizamos da memória das pessoas como fonte de registros e informações, por outro lado, é importante, como exercício de reflexão do processo de trabalho de cada um e da equipe ao mesmo tempo. Na discussão coletiva, de construção do Fluxograma, há uma acumulação de consciência da situação do serviço, bem como apropriação dos processos vividos pelos trabalhadores, podemos assim dizer, é assim que se inicia a construção de sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de assistência.

Apresentaremos a seguir, etapas do processo de trabalho do Serviço Social dos ambulatórios para mais a frente, apresentar todo o Fluxograma.

A entrada do usuário:

Figura 2 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” da entrada (acesso) do usuário à área de ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.



O Fluxograma demonstra que para o usuário ter acesso à consulta médica, que é o principal produto oferecido pela área de ambulatórios, tem que cumprir uma série de requisitos, que são verificados na entrada do hospital. Esta abordagem do usuário, se dá de forma sumária, às vezes até autoritária. Não há portanto, nenhuma escuta a este usuário que chega.

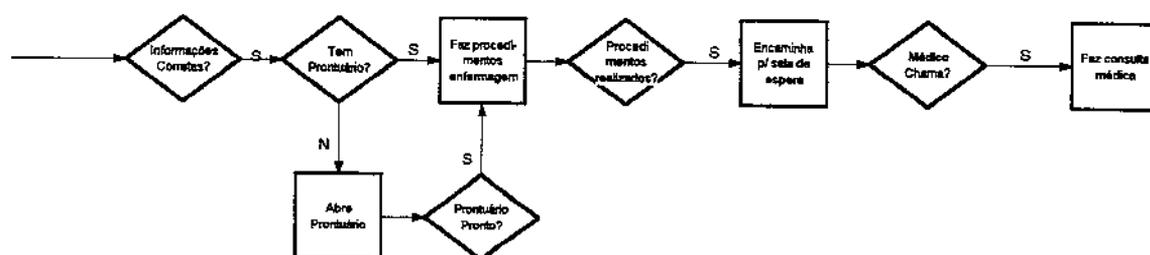
Os requisitos estão representados pelos losangos que perguntam se o usuário; está agendado?; Está na hora certa?; Está no andar correto?; É encaminhamento? .

A entrada é rigidamente burocrática, configurando o perfil do serviço, que continua nas outras etapas do processo de trabalho, desta mesma forma, burocratizado. Novamente se confirma o fato do usuário virar um objeto diante das diversas etapas do processo de trabalho pelas quais ele vai passar.

Se o usuário responde a todas as questões acima, ele é encaminhado para a recepção a fim de aguardar o médico para consulta, o que representamos no diagrama abaixo.

Esta etapa representa o usuário no momento em que este entra na recepção até a consulta médica.

Figura 3 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” do caminho percorrido pelo usuário, da recepção até a consulta médica, na área de ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.



Aqui, o usuário tem suas informações checadas pela segunda vez a fim de confirmar a sua consulta. Em seguida, verifica-se o prontuário, são realizados os procedimentos de enfermagem (pré-consulta na maioria das vezes) e finalmente encaminhado para a sala de espera, onde ele deve aguardar que o médico o chame para consultar.

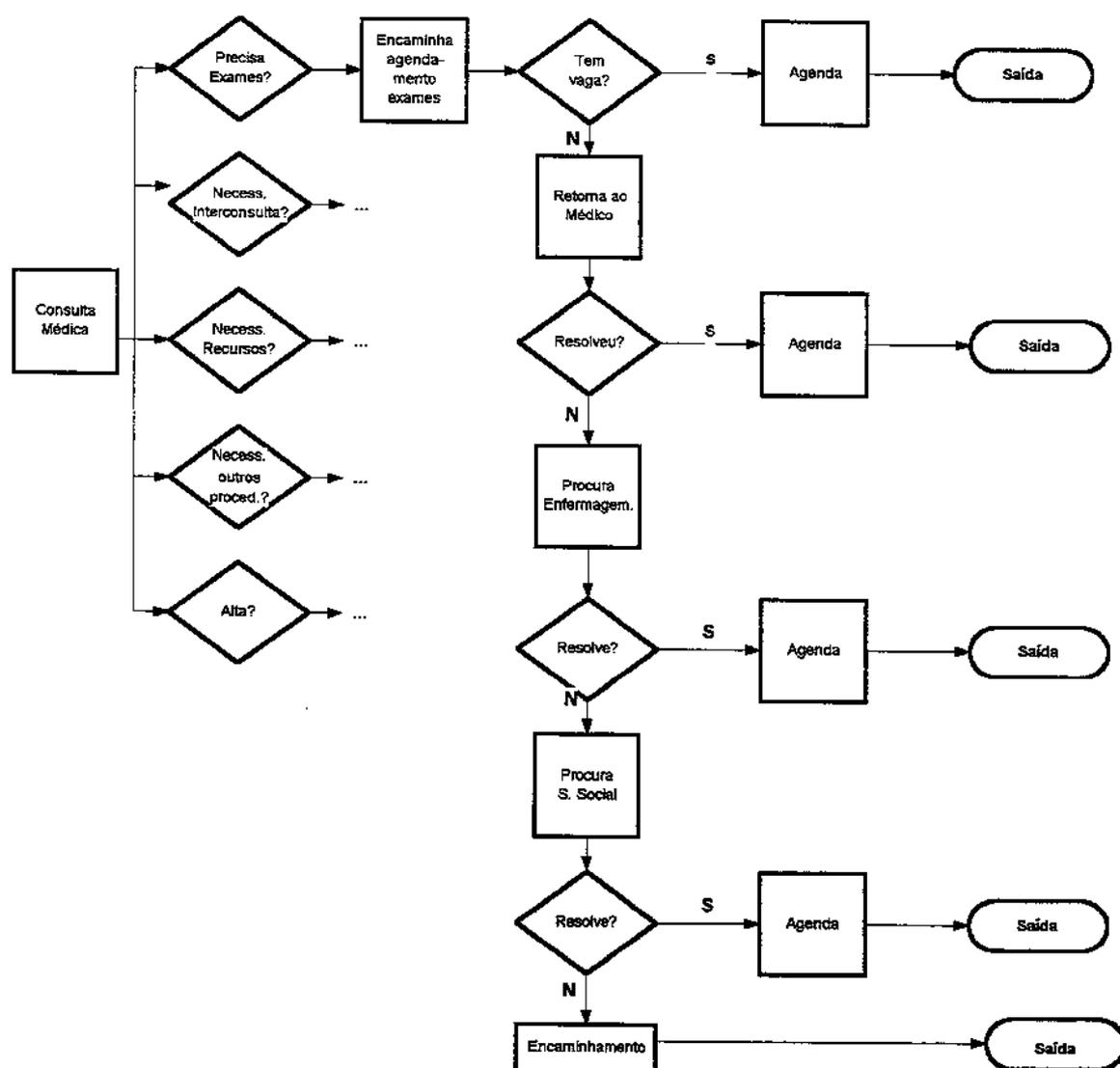
Como já mencionado, o processo de trabalho é burocraticamente definido e na relação com o usuário pode se dizer que o momento da consulta, é a primeira oportunidade de escutá-lo ou mesmo, estabelecer com ele uma relação positiva, de usuário com trabalhador de saúde.

Notamos que todas as ações realizadas até aqui se fizeram em função do ato médico que produz consulta, revelando um processo de trabalho centrado no saber e na pessoa do médico.

Por sua vez, a consulta gera uma série de necessidades, alimentadas por um cardápio de ofertas de serviços disponíveis (ou não) ao usuário, reproduzidos pelo diagrama abaixo.

Após a consulta médica, necessidades/cardápio de ofertas.

Figura 4 - Demonstração gráfica através de uma “Fluxograma” do “cardápio” de ofertas de procedimentos que se abre ao usuário, após a consulta médica, na área de ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.



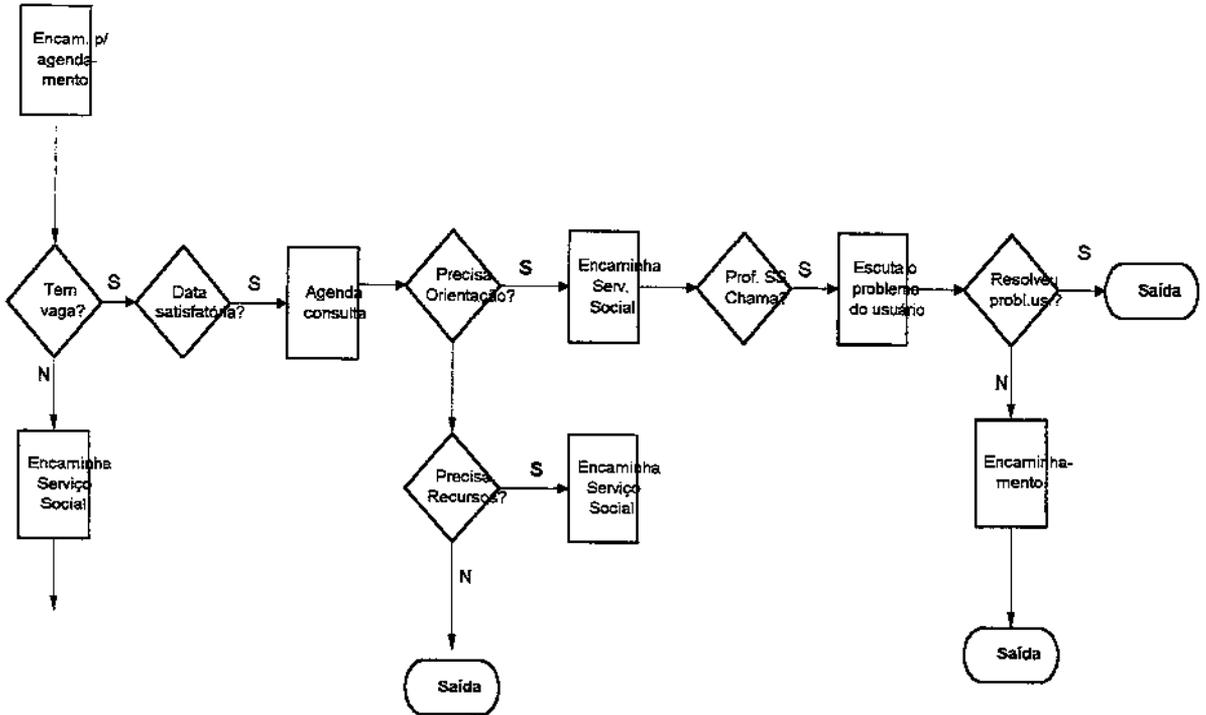
A consulta médica gera uma série de necessidades e é ela que define a opção por qual serviço, dos que são oferecidos, deverá ser ofertado ao usuário. Reafirma a análise de que é o centro do processo de trabalho. Para entender esta etapa do processo de

trabalho, foi feito um recorte onde se construiu apenas o Fluxograma referente aos exames, visto que os fluxos dos outros serviços, repetem o processo de trabalho deste, com pequenas variações que não modificariam a nossa análise.

Pela primeira vez aparece o Serviço Social no fluxograma. Figura no caso, como a última opção do usuário, após tentar de todas as maneiras, retratadas no diagrama, a marcação de exames.

Voltando à entrada, reproduzimos abaixo o Fluxograma do usuário que tenta agendamento para consulta médica, após ser barrado no acesso à mesma, por não ter agenda.

Figura 5 - Demonstração gráfica através de uma "Fluxograma" do caminho percorrido pelo usuário, após ter sido vetado para o acesso a consulta médica, na tentativa de consegui-la, na área de ambulatórios do Hospital de Clínicas da UNICAMP.



O agendamento é um caminho tortuoso e incerto. Aqui o Serviço Social aparece mais vezes, localizado graficamente no momento em que o usuário tem um problema para resolver, especificamente quando não tem vaga para o agendamento, ou se ele agenda, mas precisa orientação ou recursos (transporte, alimentação ,etc...). A própria localização no desenho gráfico do Serviço Social, nas pontas, é como se à assistência social coubesse segurar nas “beiradas”, o usuário que pode “escapar” da assistência que lhe é oferecida pelo hospital, após encontrar alguma dificuldade.

Verificamos, que no limite da sua impossibilidade em resolver problemas dos usuários, impedidos às vezes por políticas ou falta de recursos impostas pelo próprio estabelecimento, o Serviço Social, aparece o “encaminhamento” como a solução ou a não solução para o usuário. Aqui ele fica a mercê da própria sorte, pois não há contra referência para os encaminhamentos realizados.

Análise do Fluxograma:

Durante o trabalho de construção do fluxograma, verificou-se no início, dificuldade na definição da entrada do usuário no ambulatório. A equipe de técnicos vivenciou coletivamente a dificuldade do acesso aos serviços, quando se colocaram (como profissionais) no lugar do usuário, no sentido de retratar o caminho que este faz para acessar o serviço. Foi necessário fazer a desconstrução da entrada, para “desobstruir” no imaginário de cada um, o caminho do usuário e relatar assim como se dá o acesso deste à assistência. Ficou evidente neste processo, uma entrada rigidamente burocratizada, como já foi dito (ver Fluxograma).

O trabalho de construção do Fluxograma, foi revelando um processo de trabalho extremamente burocratizado, realizado em função do ato médico, que produz consulta especializada. Aqui este tem se colocado como o núcleo central do trabalho no ambulatório. Toda a produção de serviço que se realiza antes e depois da consulta médica, ocorre em função desta. Neste processo, não há nenhuma etapa de “escuta” do usuário, à exceção no ato da própria consulta. Verifica-se que o usuário durante o trajeto que percorre até a realização da consulta é “coisificado” ou seja, tratado como um objeto.

No processo de trabalho, o Serviço social, como se vê no Fluxograma retratado aqui, aparece sempre “nas pontas do serviço”, ou seja, quando há algum problema para o usuário, ele aparece para apoiar este usuário, “resolvendo” seu problema e garantindo que o mesmo continue o tratamento.

Uma coisa que é importante definir, diz respeito à identificação dos atores que determinam o funcionamento do hospital. Assim, foi colocada uma primeira questão após a leitura do fluxograma, qual seja: Quem determina o funcionamento da área de

ambulatórios (o que vale para todo o hospital)? Quem organiza o processo de trabalho dos ambulatórios, da forma burocrática como está retratado pelo fluxograma e de objetificação do usuário? Repercutindo a análise feita com a rede de petição e compromissos, verificamos que a Administração do Hospital das Clínicas, a Corporação Médico Docente e o próprio Serviço Social, determinavam a organização dos serviços, instituindo um processo de trabalho burocratizado. Os dois primeiros atores têm um poder de mando muito grande sobre o hospital, exercem sua hegemonia definindo a organização dos serviços e seus produtos, de acordo com seus interesses. O serviço social, participa deste processo, na medida em que é colocada a ele determinada missão a cumprir, com seu saber técnico estruturado e as relações que ele mantém junto aos outros serviços. Missão esta, subsidiária aos grandes interesses da administração e da corporação médico docente do hospital.

A análise se completa, se temos clara a missão do Hospital Escola, e por consequência do HC da UNICAMP, que tipo de usuário frequenta este hospital e que ruídos provocam ao estabelecer a relação, deste hospital com o usuário? A resposta a estas questões, ajuda a esclarecer a função do serviço social neste contexto.

Vale dizer, que o Hospital Escola, diferentemente dos outros hospitais, tem uma missão que reúne dois grandes objetivos e produtos diferenciados. Em primeiro lugar, o hospital tem o objetivo de oferecer assistência hospitalar de qualidade e portanto, produz serviços para cumprir com este propósito. Tem outro objetivo, dentro da sua missão, que é o de “produzir conhecimento” através do ensino que ali se realiza. Portanto, ao pensar a relação do usuário com o hospital, verificamos que pela natureza escolar do HC, ele dá um valor adicional ao usuário e seu problema de saúde, que são por excelência insumo fundamental para a produção de conhecimento.

O HC, com o objetivo de assegurar que este usuário dê continuidade ao seu tratamento (porque sem isso, ele não garante que seus objetivos se realizem), estabelece para o Serviço Social, a missão de “fazer com que o usuário tenha adesão ao tratamento”. Assim se resume a missão real do Serviço Social dentro do HC. Isto fica claro, ao verificarmos a localização do Serviço Social na imagem gráfica do fluxograma. Ele aparece “nas pontas” e sempre após a presença de um problema, que poderia funcionar como “barreira” para a continuidade da frequência e portanto do tratamento do usuário, dentro do hospital. A assistência social age para garantir que não se perca este insumo, o usuário para que o mesmo continue realimentando o sistema de produção de conhecimento através dos serviços hospitalares.

A esta missão imposta ao Serviço Social pelo corpo hegemônico do hospital, conflita uma outra idéia de missão, que frequenta o imaginário dos profissionais de assistência. A missão, por eles imaginada esta ligada à garantia dos direitos do usuário, na melhora das relações intra-serviços e deste com o usuário e humanização da assistência. Esta idéia de missão, é trabalhada pelos profissionais em micro ações instituintes, a partir do seu próprio processo de trabalho, o que os faz entrar em conflito e tensionar a relação com o que está instituído, ou seja, as normas do hospital que impõem uma organização do serviço e do trabalho relacionada aos interesses hegemônicos que atuam dentro do estabelecimento. Essa tensão está presente no cotidiano do trabalho no Serviço Social. Verifica-se, nos movimentos instituintes dos trabalhadores da assistência social produzirem pequenas mudanças na relação dos serviços com os usuários, porém, sem a potência suficiente para mudar o que está instituído. Convivem assim, em relação conflituosa e tensa, de um lado o processo de trabalho do serviço social, enquadrado pela rígida e burocrática organização do trabalho na área de ambulatorios, que lhe impõe uma

missão restrita, e por outro lado, o ideal de missão do serviço social que os trabalhadores da assistência tentam operacionalizar a partir deste ideário.

Fica portanto, uma questão importante que aparece como um desafio para os profissionais do serviço social: Como fazer com que, a missão ideal se torne missão real da assistência social, em um estabelecimento complexo como o Hospital Escola?

Acreditamos que o método usado para discutir uma avaliação dos serviços, com os trabalhadores em situação e participantes das análises, contribui decididamente para que eles se apropriem do seu processo de trabalho. Esta é a condição para se tornarem sujeitos do processo vivido por eles mesmos.

A condição para que isto se dê, se encontra na tomada de consciência dos diversos enquadramentos que sofrem no seu processo de trabalho, burocraticamente determinados pela corporação médico docente e pela burocracia hospitalar. Mais do que isso, na apropriação por eles mesmos, dos problemas que têm, para implementar seu projeto, que tem como referência fundamental, o ideário de missão que os trabalhadores da assistência social pensam como objeto do seu trabalho.

Enfim, o que se pretende com este trabalho, é demonstrar um método que se pretende eficaz na avaliação e planejamento do serviço de saúde, a utilização de ferramentas analisadoras como a “Rede de petição e compromissos” e o “Fluxograma descritor”, contribuindo para a revelação de questões obscurecidas pela situação institucional. Ao mesmo tempo que abre condições para a formação de sujeitos sociais e políticos, que podem assim, ser os construtores do devir, através da sua ação instituinte.

Na próxima página, a figura 6: O Fluxograma Descritor da área de ambulatórios
do HC-Unicamp.

Bibliografia:

1. Baremlitt, G. F.; Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática - Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos - 1992.
2. Camilo, M.V.R.F; “A Universalidade de Acesso Enquanto Expressão do Direito à Saúde. A Trajetória Histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 - 1996”; Dissertação de Mestrado em Serviço Social defendida na PUC - São Paulo, 1997.
3. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
4. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. Cecílio, L. C. (Org.); Inventando a Mudança na Saúde, HUCITEC, S. Paulo, 1994.
6. Deleuze, G. e Guattari, F.; O Anti-Édipo - Capitalismo e Esquizofrenia; Editora Assírio & Alvim; Lisboa - 1966.
7. Matus, C.; Política, planejamento & Governo - IPEA; Brasília - 1993, Tomo I e II .
8. Merhy, E.E. et Onocko, R. (Orgs.); Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, S. Paulo, 1997.

CONCLUSÃO DOS ARTIGOS APRESENTADOS NESTE TRABALHO

No que diz respeito ao mérito de cada trabalho, há uma primeira conclusão em torno dos resultados obtidos nos mesmos, que já estão expressos nos artigos específicos. Contudo, o conjunto articulado dos três textos, nos fala unanimemente a respeito da potência das categorias de análise “processo de trabalho” e “tecnologias de trabalho” utilizadas para estudar serviços de saúde, e nos casos aqui demonstrados, notadamente o Programa de Saúde da Família, o Acolhimento, e o trabalho do Serviço Social do HC/Unicamp. Com o olhar na micropolítica dos processos de trabalho, através das categorias analíticas aqui indicadas, foi possível verificar os processos que definem como se dão a produção de serviços de saúde, sua natureza, perfil e as inúmeras determinações desses processos.

Há um certo consenso hoje em torno da afirmativa de que “os serviços de saúde mudam, se mudarem os processos de trabalho”. A premissa é verdadeira, mas insuficiente para explicar todo o fenômeno do trabalho em saúde, da produção dos serviços e processos de mudança no setor. Acontece geralmente de não se conseguir “decifrar todos os enigmas” do processo de trabalho e assim, muitas vezes definem-se mudanças estruturais, mas a essência da atividade laboral continua operando no modelo médico hegemônico, que é o objeto de ruptura para a mudança dos serviços de saúde. Os trabalhos aqui expostos, concluem que à categoria processo de trabalho, é fundamental acoplar uma outra, as “tecnologias de trabalho”. As duas agem implicadas uma com a outra, a meu ver mantendo uma sobrevivência simbiótica.

As tecnologias de trabalho, só é possível enxergá-las quando debruçamos sobre o terreno dos fazeres, pois esse é seu território por natureza e concepção. O uso destas categorias de análise, a partir das contribuições de Merhy; 1998; permitem verificar o quanto a produção dos serviços de saúde pode estar (ou não) sendo aprisionado pelos instrumentos e máquinas na sua execução. Verifica-se que o trabalho centralmente exercido pôr instrumentos, máquinas e normas está seguramente implicado com a manutenção do status quo, enquanto o trabalho que opera a partir das “tecnologias leves” pode ganhar potência de mudança, especialmente no caso da saúde, onde a produção de serviços se realiza a partir do trabalho humano, que é pôr natureza, interessado e assim, pode se guiar para determinado projeto na modelagem dos serviços de saúde. Não se trata de colocar os “equipamentos máquinas” como agentes do mau e o trabalho humano como “agente do bem”, porque todas as tecnologias são necessárias à produção do cuidado, mas fundamentalmente porque sempre há um grau de relatividade quando se trata de problemas complexos, como no caso da saúde. Contudo, a partir dos estudos podemos indicar uma tendência na determinação das tecnologias de trabalho para a produção de saúde e o perfil que os serviços assistenciais assumem.

Junto a esta discussão das tecnologias, verifica-se que o “trabalho vivo” e “trabalho morto”, têm um significado fundamental para análise de serviços de saúde. São territórios onde as tecnologias estão presentes e operando, perceptíveis quando se olha a micropolítica dos processos de trabalho. A expressão do trabalho vivo se encontra fundamentalmente nos atos do cotidiano, para os quais se inscreve todo o patrimônio de conhecimento que é possível utilizar na resolução de determinado problema de saúde. O trabalho vivo tem um formato que lhe é dado pôr quem o executa, leva o perfil do espaço

singular, e é justamente aí que ele ganha potência resolutiva. A produção de serviços de saúde, “trabalho vivo dependentes” (Merhy, 1997) detona processos instituintes na esfera do trabalho, tornando-o mais interativo, criativo, agenciador de mudanças e pôr conseqüência, mais centrado no usuário e no conhecimento matriciado em tecnologias leves.

É justamente a partir de análises conduzidas pelas categorias de processo e tecnologias de trabalho que se pode verificar as relações que se estabelecem entre trabalhadores e destes com os usuários. O Acolhimento coloca em grande evidência as questões implicadas nas relações em serviço, visto que esta diretriz opera em grande medida a partir da interação de saberes, da abordagem e trato ao usuário, de processos relacionais que pôr si tornam sujeitos, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. É possível concluir que as relações são em grande medida, interessadas que exploram o território de micro poderes que cada ator ocupa, ou de forma coletiva ou individual e particular. E o que determina esse jogo é a concepção que preside determinada organização de serviços de saúde.

Todo o processo de produção de serviços de saúde, está “contaminado”, de subjetividades (Campos, 1997) que agem e determinam em grande medida o modo operativo dos trabalhadores e por conseqüência, perfil dos modelos tecnoassistenciais. É próprio da natureza humana e não teria como um trabalhador ou usuários dos serviços de saúde escapar de questões como sentimentos, afetos, representações simbólicas, fantasias, valores, julgamentos, que são próprios à esfera subjetiva e participam nas relações estabelecidas e pôr conseqüência na produção de saúde. Estes processos de “subjetivações”, segundo Guattari podem ser capitalísticos ou solidários e é por aí que

perfilam o modelo assistencial. É no privilegiado espaço das micropolíticas de organização dos processos de trabalho que se verifica a presença deste fator, implicado na assistência à saúde. Fica claro que a forma como se dão os diversos fazeres, dizem respeito não apenas a um conhecimento técnico-estruturado e a uma determinada ética, mas fundamentalmente, ganham contorno próprios que são singulares ao sujeito individual ou coletivo, posto na cena da produção/consumo de serviços de saúde.

Portanto, a conclusão fundamental destes trabalhos, diz respeito à confirmação da significância dos conceitos e categorias na análise de serviços de saúde, as quais foram utilizadas para a produção destes estudos. As ferramentas analisadoras (Merhy, 1997) facilitam enxergar muitos dos processos que relatamos acima. Elas tiram uma foto ampliada destes micro espaços onde operam o trabalho e as relações e assim lançam luzes em áreas de sombra, que, sem estes recursos seriam de difícil identificação. Dão por assim dizer, uma enorme contribuição na identificação de problemas e nós críticos existentes em serviços, possibilitando um eficaz direcionamento na ação de planejar.

Campinas, junho de 1999.

SUMMARY

The current assistance model to the health, is characterized as " producing of procedures", because the production of services gives herself starting from the clinic exercised by the doctor which uses mainly the technologies hard /leaven.

For a social assistance model centered in the user, it intends a process of work multiprofessional and determined by technologies soft /leaven, with the " production of the care ", expert while actions of Reception, Entail, own nomination and Resolution.

The ATTACHMENT (*accueil*), became a strategy to bring about change in the process of delivering health care services, with the objective of restructuring the relationship not only of health care service workers with the consumers of health services but also by changing the relationship of health care providers with one another. That highlighted issues such as the degree to which health care workers perform their duties in isolation or in cooperation with the Health Services Team. It also highlighted the dynamics of interpersonal relationships and the ability to give full consideration to the demands of the patients. Represented in this equation was also the technical knowledge of the Health Care Teams which made it possible for the various health care professional categories to intervene and deliver adequate services. It was possible also to create a reflection about health as an inalienable right of all citizens and how to make universal access to health care services as well as high quality of services and the clinical and sanitary liabilities, an integral part of the delivery of health services on a regular basis. Such a reflection is based on the premise that government, public health workers and consumers of health services become partners in the development of a "new" approach to the process of delivering health care services and to the way that life is treated and defended.

The Program of Health of the Family (PHF) is today one of the main answers of the Ministry of the Health to the crisis lived in the section. A comparative study of PHF with the Community Medicine and the Primary Actions of Health (Alma Ata, 1978) it shows similarities among the three proposals, that are organized starting from an ideal

and they operate through the theoretical nucleus of the epidemiology and surveillance to the health.

PHF, when summarizing its action to the surveillance to the health, with shy incursion in the clinic, doesn't have potency to revert this configuration of the Medical Model Hegemonic.

In the end, I talk use of two "analysers tools", like follows: The "descriptor fluxogram", is the fluxogram "centred-usuary", applied to the work process. This tool show it potent to cast "light in shadow areas" above the everyday tasks and reveal the criticals knots of health services production. The other one, the "request and commitment net", reproduce the demands and pacts among diverse actors, in the health production scene. Functioning like questionable of the "talk net" to identificate the noises presents on this relations.

Both ones show them potentials in the purpose of analyse of the micropolitics health services organization, offering a wide view about troubles lived on this place.