

10
Merhy, E. E. Saúde a
cartografia do trabalho
vivo. S. P.: Hucitec, 2002
(Saúde em debate 145)

APÊNDICE 1

ATO DE CUIDAR: ALMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A produção deste texto tem várias raízes e compromissos. O maior deles é com a reforma do modo de se produzir saúde no Brasil, ao se reconhecer que os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já perderam seu rumo maior: o da defesa radical da vida individual e coletiva. E exatamente por isso as fontes que alimentam as reflexões nele contidas são de lugares muito distintos, porém articulados.

Em destaque anotamos três grandes contribuições: a experiência vivida na rede municipal de Belo Horizonte, entre os anos 93 e 96; o trabalho coletivo que se desenvolve no Lapa/DMPS/Unicamp, devedor das experiências do movimento sanitário brasileiro dos 70 até hoje – em particular da vivida no Serviço de Saúde Cândido Ferreira; e as solicitações da militância nos movimentos sociais de saúde, em particular do Sindicato dos Médicos de Campinas.

Deste último, fica um esboço no qual a reflexão central era entender o trabalho médico como um paradoxo: tanto como um dispositivo estratégico para instituir um modelo de atenção à saúde descompromissada com o usuário e procedimento centrado,

quanto como uma “ferramenta” a desarmá-lo e produzir um novo modo de agir em saúde.

Do Lapa, a possibilidade de olhar outros experimentos em torno do “projeto em defesa da vida” que são peças de diálogos obrigatórios e que inspiram novas práticas, ficando sempre como devorador do coletivo que ali se constitui. Nesse sentido, as propostas de ação que este texto apresenta são reconhecidas como produtos de um “nós”, que, mesmo em suas diferenças, têm produzido instigantes projetos de “agir em saúde”, que reconhecemos como fontes de inspiração.¹

Entretanto, é na experiência vivida em Belo Horizonte com o conjunto dos trabalhadores de saúde e com os dirigentes governamentais do período de 92 a 96, que temos a nossa maior dívida e os instigamentos principais.

A necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde em uma ampla rede de serviços públicos, que procurasse enfrentar o tema do acolhimento dos usuários nos estabelecimentos de saúde, tentando construir um agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva, estimulou um conjunto de reflexões teóricas que nos permitissem constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado.

Nesse viver com o coletivo dos trabalhadores dessa rede tal desafio, fomos aprofundando nosso entendimento conceitual sobre o trabalho em saúde e as possibilidades de suas mudanças, sem cair no canto da sereia dos projetos neoliberais, que, em nome de uma cidadania negada e de uma cesta básica de saúde, têm

¹ Lembramos, como textos referenciais, os de Campos, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida e Reforma da reforma...*, obras citadas; de Cecílio, L. C. O. (org.) *Inventando a mudança na saúde...*, obra citada, e de Merhy, E. E. e Onocko, R. (orgs.) *Agir em saúde...*, obra citada.

ofertado quase que como panacéia um médico de família, que a tudo vem resolver, como um milagreiro. Desprezando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir.

O ato de cuidar como a alma dos serviços de saúde²

Muitas pessoas acreditam que o objeto da igreja é a salvação da alma, mas de fato o objeto é a produção de práticas comprometidas com a produção da crença, mediante as quais se atingirá a salvação como finalidade, como objetivo último. Assim, na igreja há uma quantidade enorme de processos produtivos articulados para a fabricação da crença religiosa e com eles a fé na salvação.

Do mesmo modo, no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar.

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

Porém, nos tempos atuais, qualquer pessoa que tiver um mínimo de vivência com um serviço de saúde - seja um consultório médico privado, uma clínica de fisioterapia privada, um hospital

² Este texto foi produzido com base no texto didático *O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde*, que produzi em abril de 99, para atividades com alguns cursos do DMPS/FCM/Unicamp.

público ou privado, enfim, qualquer tipo de estabelecimento de saúde - pode afirmar com certeza que as finalidades dos atos de saúde, marcadas por compromissos com a busca da cura das doenças ou da promoção da saúde, nem sempre são bem realizadas, para ser otimista.

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

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

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

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

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

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

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

De maneira geral, entendo que todos os processos atuais de produção da saúde vivem algumas tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde, e que estão presentes em qualquer modelo predominante. Dentre estas, destaco as tensões entre:

□ a lógica da produção de atos de saúde como procedimentos e a da produção dos procedimentos como cuidado, como por exemplo, a tensão nos modelos médicos centrados em procedimentos, sem compromissos com a produção da cura;

□ a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção e o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e exclusivamente presas as competências específicas de alguns deles, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico e procedimento centrada e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

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

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

O trecho abaixo é parte do capítulo, A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, de Emerson Elias Merhy, publicado no livro *O SUS em Belo Horizonte*, pela Editora Xamã, de São Paulo, em 1998, e foi revisto para este livro

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

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

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

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

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

Ao ficarmos atento, do ponto de vista do usuário, sobre as queixas que estes têm em relação aos serviços de saúde, podemos entender um pouco esta situação. E, desde já, achamos que este ponto de vista não é necessariamente coincidente com os dos governantes ou dirigentes dos serviços, tanto os públicos quanto os privados, que como regra falam da crise do setor, privilegiadamente do ângulo financeiro, tentando mostrar que não é possível se oferecer boa assistência com o que se tem de recursos – aliás, argumento mundialmente usado, tanto em países como o E.U.A. que gasta 1 trilhão de dólares no setor saúde, quanto no Brasil que deve gastar em torno de 40 bilhões, no total.

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

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

À frente, tentaremos mostrar como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. Imaginemos, em primeiro

lugar, que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito, do usuário final.

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

[...].

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

Ao olharmos com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais vamos ver que – além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo fichários para anotar dados do usuário –, mobilizamos intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica

do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que nos permite dizer, que há uma tecnologia menos dura,³ do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho [...] [e mesmo uma leve, cravada na produção de processos relacionais como atos de saúde.]

A dimensão cuidadora da produção em saúde: e a tensão dos núcleos de competência profissionais na produção dos modelos de atenção

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

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico [...] é diminuir muito esta dimensão (cuidadora) [...] do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vêm advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

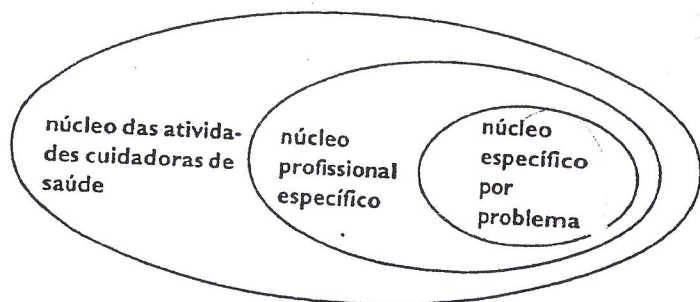
Entendemos que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre os

³ Sobre tecnologias em saúde, consultar capítulos anteriores, em particular o 2, deste livro.

diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

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

Com o esquema abaixo tentaremos mostrar o que estamos dizendo:



Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e

leveduras. Mas, 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 pertence a todos os trabalhadores em suas relações intersessoras com os usuários.

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

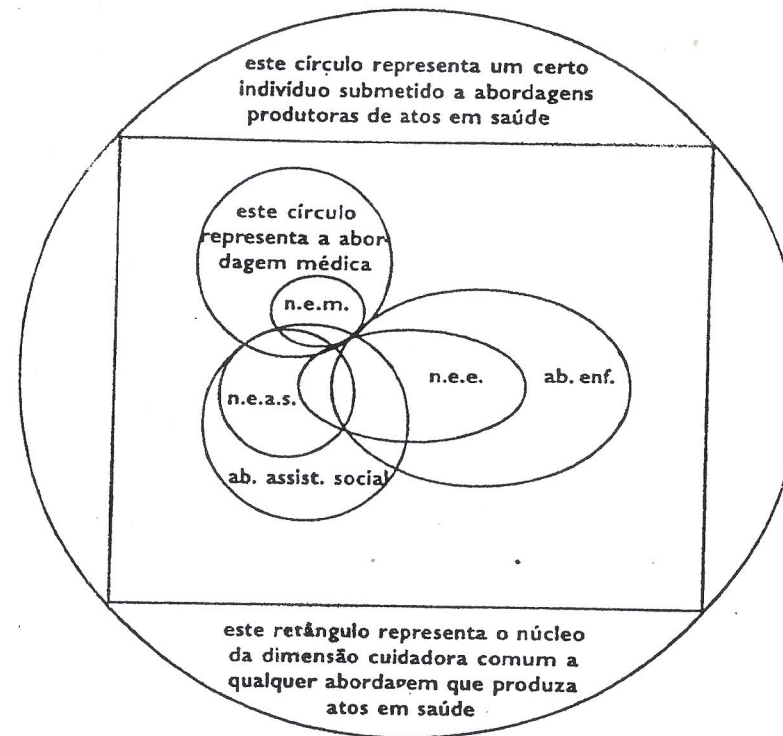
Então, podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Além disso, podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido.

Com isso, devemos entender que são forças sociais, que tem interesses e os disputam com as outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Isto é, estes processos de definição do "para que" se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nestes processos de produção.

Deste modo, o modelo médico hegemônico [...] expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro, que expressaria melhor os interesses impostos para este setor de produção de serviços, na sociedade concreta onde o mesmo está de realizando.

Vejam os esquemas da página seguinte,⁴ desenhado a partir dos recortes que um médico, uma enfermeira e uma assistente social, fazem de um certo usuário de um serviço, para em seguida analisarmos como serão os distintos recortes em diferentes tipos de estabelecimentos e que tensões eles comportam, que nos permitem atuar na direção da mudança dos modelos de atenção à saúde, o que a nosso ver implica em reconstruir: o modo de se fazer a política de saúde no serviço; a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização; e, (o dia-a-dia) [...] dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde, desenhando os reais modelos de atenção.

⁴ Destacamos como pontos de apoio para este exercício as contribuições particulares das reflexões sugeridas pelo texto *Notas sobre residência e especialidade médicas*, de G. W. S. Campos, M. Chakkour & R. Santos, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, dezembro de 1997; bem como algumas experiências vividas na rede de Belo Horizonte e no Serviço Cândido Ferreira, nos anos 1990.



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

Em primeiro lugar, temos que entender qual a missão que é esperada para uma pensão protegida. E, isto, só pode ser resolvido ao perguntarmos sobre o modelo de atenção que se está querendo imprimir e o que se espera deste equipamento assistencial, pois cada tipo de modelo cria missões diferenciadas para

estabelecimentos aparentemente semelhantes, que se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

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

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

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

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

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

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

Devemos ficar atento, então, neste tipo de processo a pelo menos duas questões básicas: a de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos; e, ao ser

identificado como o responsável pelo "projeto terapêutico", estará sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam 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 que ter poder burocrático e administrativo na organização.

Vive, deste modo, a tensão de fazer este papel sempre em um sentido "duo": como um "clínico" por travar relações intersejoras com o usuário produtoras de processos de acolhimento, responsabilizações e vínculos, e como um gerente do processo de cuidar através da administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico.

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

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

Nestes estabelecimentos, esperam-se atualmente das missões que eles tenham compromisso com a garantia da eficácia dos núcleos específicos de intervenção profissional, particularmente o médico e de enfermagem, só que isto é feito hoje pelo domínio que

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

Um modelo em defesa da vida, para um estabelecimento desse tipo, deveria pensar como ampliar a dimensão do núcleo cuidador e sua relação positiva, tanto para desencadear processos mais conjuntos e partilhados na equipe, quanto para melhorar a eficácia e adequabilidade da ação específica com os processos usuários centrados, assumindo e reconhecendo que certas abordagens profissionais, em certas circunstâncias são, de fato, mais eficazes que outras. Mas, sem fazer disso uma lógica de poder na qual uma profissão se imponha sobre as outras.

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

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

□□□

Creio que a melhor maneira de aproveitar o que já foi dito, sobre a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensá-lo

na direção de atos comprometidos com as necessidades do usuário, é procurar analisar experiências que têm ambicionado este resultado.

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

□ uma, diz respeito ao fato de que um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença;

□ a outra, faz referência aos processos gerenciais necessários para operar o gerenciamento do cuidado e o modo como os interesses do usuário, corporativos e organizacionais atuam no seu interior;

□ e por último, a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo (uma coletânea só sobre este tema está sendo produzida, tendo como pano de fundo a discussão se o conhecimento é ou não ferramenta para a gestão).

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

capacidade de se produzir procedimentos com a de produzir o cuidado.

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

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