

TEMAS FUNDAMENTAIS DA
REFORMA SANITÁRIA

7 O TRABALHO EM SAÚDE

Cidadania
para a saúde

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
Francisco Antonio de Castro Lacaz

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente: Ana Maria Costa
Primeiro Vice-Presidente: Alcides Silva de Miranda
Diretora Administrativa: Aparecida Isabel Bressan
Diretor de Política Editorial: Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos: Lizaldo Andrade Maia
Luiz Bernardo Delgado Bieber
Maria Frizzon Rizzotto
Paulo Navarro de Moraes
Pedro Silveira Carneiro

Diretor Ad-hoc: Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti
José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL / FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO / ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Ligia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mario Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Silvio Fernandes da Silva

EDITOR CIENTÍFICO / SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EDITORA EXECUTIVA / EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETÁRIO EDITORIAL / EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

SECRETARIA / SECRETARIES

Secretaria Geral: Gabriela Rangel de Moura

Pesquisador: José Maurício Octaviano
de Oliveira Junior

Assistente de Projeto: Ana Amélia Penido Oliveira

JORNALISTA / JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

EXPEDIENTE

Organização: Ana Maria Costa
José Carvalho de Noronha
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Edição: Marília Correia
Diagramação e Capa: Paulo Vermelho

N778i

Cecilio, Luiz Carlos de Oliveira;
O trabalho em saúde / Luiz Carlos de Oliveira, Francisco Antonio de
Castro Lacaz. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

74p.; 14 x 21 cm.

ISBN

1. Saúde pública - História. 2. Política de Saúde - SUS. I. LACAZ, Francisco Antonio de
Castro. II. Título

CDD - 362.10981



O TRABALHO EM SAÚDE



Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
Francisco Antonio de Castro Lacaz

projeto
FORMAÇÃO EM CIDADANIA PARA SAÚDE:
TEMAS FUNDAMENTAIS DA REFORMA SANITÁRIA

O TRABALHO EM SAÚDE

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de janeiro
2012

SUMÁRIO

Introdução | 7

Sobre as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde | 23

Sobre a singularidade das organizações de saúde | 35

Sobre a Saúde do Trabalhador e suas contribuições para o estudo e a reflexão do trabalho em saúde | 51

A noção da Qualidade [de Vida] n(do) Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde | 55

Referências | 67

O TRABALHO EM SAÚDE

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio*
Francisco Antonio de Castro Lacaz**

INTRODUÇÃO

O conceito de trabalho em saúde poderia ser sintetizado em uma única palavra que lhe confere singularidade e grandeza: cuidar. ‘O trabalho em saúde produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida’. Como já foi dito, cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva e feliz funciona como o ‘cimento simbólico’ das organizações de saúde. Independentemente de estarmos trabalhando em

* Livre-docente pela Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

** Pós-Doutor pela Universidade Autônoma de Barcelona – Barcelona, Espanha.

uma organização muito complexa como um hospital de ensino, ou atuando em uma equipe de saúde da família, o que nos dá a identidade de trabalhadores de saúde é o fato de que, de um modo ou de outro, nosso trabalho resulta em cuidado.

Para avançar nessa primeira definição, é necessário reconhecer que o trabalho em saúde, na perspectiva adotada no texto, vem passando por profundas transformações, das quais nos interessa destacar duas:

- A primeira e mais conhecida transformação é o extraordinário processo de especialização e fragmentação das práticas profissionais que vem ocorrendo desde a segunda metade do século passado. Tal fenômeno tem resultado em crescente divisão técnica e social do trabalho em saúde, e coloca novas e complexas tarefas para se obter um cuidado mais integral para as pessoas, muito em particular a coordenação do trabalho multiprofissional;
- A segunda mudança bastante conhecida no mundo do trabalho diz respeito à sua institucionalização crescente, isso é, ser desenvolvido cada vez mais em instituições de saúde, elas próprias passando por importantes processos de transformação nos últimos anos. São transformações marcadas tanto pelo acelerado processo de transferência dos serviços de saúde para a gestão privada, como pela precarização das relações de trabalho no próprio setor público e, ainda, pela introdução de estratégias racionalizado-

ras da vida organizacional, com forte impacto na autonomia dos trabalhadores.

É este cenário de mudanças que nos direciona à utilização de um conjunto de conceitos e reflexões que, de algum modo, possam contribuir para uma melhor compreensão dos desafios para a construção da política de saúde e, em particular, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país.

O texto está organizado em blocos temáticos que se articulam entre si. No primeiro, busca-se desenvolver uma cartografia das necessidades em saúde, de fácil manejo e compreensão pelos trabalhadores da área. O objetivo é propiciar diálogos e entendimentos acerca da complexidade do trabalho em saúde, este tem como maior finalidade justamente atender, do modo mais completo possível, às necessidades de saúde da população. No segundo, procura-se mostrar como o trabalho em saúde se realiza em múltiplas dimensões, cada uma delas com seus atores, suas lógicas, seus interesses, mas sempre interligadas. O trabalho em saúde não pode ser realizado plenamente sem levar em conta a interpenetração de todas essas dimensões. No terceiro bloco, são apresentadas anotações teórico-conceituais sobre as características das organizações de saúde, numa perspectiva crítica ao paradigma estrutural-funcionalista hegemônico nas abordagens organizacionais. No quarto e último, são apresentados conceitos oriundos do campo da Saúde do Trabalhador que podem iluminar questões contemporâneas do trabalho em saúde.

Ao final de cada bloco são apresentadas questões que poderão ser utilizadas para discussões em grupo.

SOBRE AS NECESSIDADES DE SAÚDE

Não causa muita polêmica afirmarmos que os serviços de saúde existem para atender às necessidades de saúde das pessoas. Também é possível conseguir, rapidamente, um consenso, em qualquer discussão, de que as necessidades de saúde não se resumem a consultas médicas, realização de exames e consumo de medicamentos. Com isto, implicitamente, assume-se uma definição de saúde-doença, e por tabela, de necessidades de saúde, que vai muito além da simples presença-ausência de doenças. Na prática, as coisas não são tão simples assim, pois boa parte do trabalho em saúde ainda se pauta exatamente por uma concepção bastante simplificada do que é estar doente e o que é estar saudável, embora haja todo um discurso bastante aceito de que as ‘coisas são mais complexas’. Na verdade, o trabalho em saúde realizado a partir de tais concepções simplificadas encontra forte ressonância no imaginário das pessoas de um modo geral, principalmente quando percebem que há algo que não vai bem em suas vidas. Nessas situações, quando nos sentimos doentes, o que buscamos mesmo são os serviços de saúde e, de preferência, para sermos atendidos por médicos especialistas e sairmos de uma consulta com solicitação de exames e uma prescrição de medicamentos em mãos.

Trabalhar o tema das necessidades de saúde deverá, pois, dar conta dessa dupla contingência: de um lado, há um conhecimento social de que as necessidades de saúde são mais amplas que o atendimento médico e seus desdobramentos; do outro, e na prática, há uma demanda sem fim exatamente pelo que a medicina tecnológica oferece. Se considerarmos, como apontamos antes, que os próprios profissionais de saúde trabalham nesta perspectiva, vamos aceitar o desafio de fazer uma discussão mais ampliada sobre necessidades de saúde que consiga dois resultados ao mesmo tempo. Primeiro, produzir certa cartografia (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009) das necessidades de saúde que permita mostrar a complexidade que é inerente ao tema. Segundo, que tal cartografia possa funcionar como uma espécie de guia de ação para o trabalho em saúde. Guia de ação para facilitar a comunicação dentro da equipe e a formulação de estratégias de trabalho que resultem num modo mais integral de escuta do que as pessoas trazem como necessidade para os serviços de saúde.

O que primeiro pode ser dito sobre as necessidades de saúde é que elas são social e historicamente construídas, isso é, não há necessidades de saúde universais, que existiram desde sempre e do mesmo modo. Cada época e cada sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, as próprias possibilidades de reconhecê-las, ou seja, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, atendê-las. Por isso é que se diz que as necessidades de saúde são histórica e socialmente construídas, como reconhecido em alguns estudos funda-

dores do campo da Saúde Coletiva (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; LAURELL, 1982; BUSS, 2000). Ao mesmo tempo, podemos afirmar que tais necessidades só podem produzir sentido, em toda a sua radicalidade, e na perspectiva do trabalho em saúde, na sua ‘encarnação’ em indivíduos singulares, mesmo quando sua leitura seja feita em um coletivo. Um bom exemplo atual seria a AIDS. Não temos dúvida do seu caráter histórico e social, pois podemos caracterizar sua evolução no tempo, sua incidência e prevalência na população em geral, identificar os agrupamentos sociais mais vulneráveis e relacioná-la com os modos de vida contemporâneos. Também podemos avaliar o impacto das ações de saúde, como, por exemplo, a política de distribuição dos antirretrovirais. No entanto, a relação com a doença, que pode resultar em maior ou menor sucesso da assistência prestada, tendo por consequência uma catástrofe individual ou a possibilidade de seguir com uma vida produtiva e feliz, realiza-se numa esfera individual irredutível. É o espaço de encontro entre o(s) trabalhador(es) de saúde e o portador do HIV que se constitui, em princípio, no território propício para a escuta das necessidades de saúde de forma mais ampliada, transformando-se em espaço de mais ou menos potência de ação. A escuta das necessidades de saúde é, por isso, a chave do trabalho em saúde.

Como dissemos antes, vamos nos utilizar de uma cartografia como uma espécie de mapa provisório a ser sempre completado, para seguirmos nossa discussão sobre as necessidades de saúde. Começamos, intencionalmente,

pelo primeiro quadrante do nosso mapa, aquele que fala das boas condições de vida, pois vamos levar em conta o forte consenso, até mesmo no senso comum, de que o modo como vivemos é determinante na maneira como adoecemos e morremos.

A Medicina Social como desenvolvida na França no século XVIII, ou a Saúde Pública desenvolvida na Inglaterra do século XIX, foram movimentos que se pautaram pela compreensão de que as condições de vida, os cuidados com o saneamento e a ocupação dos espaços urbanos, ou seja, as medidas mais gerais de higiene, tinham maior impacto sobre os indicadores de saúde que as práticas médicas propriamente ditas. É interessante lembrar que grandes reformadores sociais daqueles movimentos foram médicos e que eles próprios se engajavam nas grandes lutas políticas e sociais de seu tempo (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

O século XIX assistiu à consolidação da medicina moderna, com as características que sobrevivem até os nossos dias. E que características são essas? A principal e mais profunda refere-se à verdadeira ruptura que o pensamento médico faz em relação ao pensamento médico dos séculos anteriores. Segundo o filósofo francês Michel Foucault (2004), é uma ruptura e não uma evolução do pensamento médico. Com a medicina moderna, a doença passa a ser enunciada, localizada na materialidade dos corpos, mais exatamente ao nível dos órgãos e tecidos. A doença adquire uma nova visibilidade para os médicos. Tal mudança de paradigma, uma verdadeira revolução no pensamento médico ocidental, já vinha sendo gestada desde a Renas-

14

cença, quando os homens começaram a dissecar cadáveres para estudos mais completos de anatomia, contornando as interdições religiosas da época. Mas é nos séculos XVIII e XIX, com as grandes descobertas, como a descrição da circulação sanguínea por Harvey, a descoberta do microscópio, o triunfo da teoria microbiana das doenças, os avanços nas técnicas de assepsia e anestesia propiciando uma verdadeira revolução na cirurgia, a descoberta de novos e mais poderosos fármacos, bem como das vacinas, mas, fundamentalmente a formulação da teoria celular e dos tecidos e o incrível avanço nos fundamentos da fisiopatologia e da farmacologia, que a medicina, tal qual a conhecemos, hoje triunfa! Progressivamente, a medicina moderna foi se firmando como campo poderoso de práticas e conhecimentos, capaz de dar respostas para males que afligem a humanidade há séculos. A medicina apresentava-se como uma possibilidade de o homem controlar doenças, reduzir os sofrimentos e dores e prolongar a vida. Podemos dizer que tal perspectiva revelou-se acertada para várias situações. Podemos imputar ao avanço da cirurgia, à descoberta de poderosos medicamentos e de cada vez mais diversificadas e eficazes vacinas, à melhoria da assistência ao parto e dos cuidados hospitalares, entre tantas outras conquistas da medicina, uma melhoria da qualidade e da perspectiva de vida que vem se consolidando desde as primeiras décadas do século passado. Nunca o ser humano viveu tanto.

O outro lado desta moeda, o aspecto negativo desse triunfo da medicina, foi exatamente uma progressiva desvalorização da importância das boas condições de vida

como fator central, determinante mesmo, no modo como as pessoas são mais ou menos saudáveis, vivem mais ou menos tempo. A medicina científica e tecnológica ocupou gradualmente o lugar que a medicina social dos séculos XVIII e XIX ocupava como estratégia de enfrentamento da doença, sofrimento e morte. Não que a medicina ou os médicos tenham se esquecido da importância das condições de vida para a saúde das pessoas; simplesmente houve a subordinação dessa compreensão, e suas estratégias de intervenção correspondentes, aos ditames e racionalidade da medicina moderna (LUZ, 1988).

Desde a metade do século XX, em particular com o surgimento da Medicina Preventiva nos EUA e sua posterior divulgação e adoção pelas escolas médicas de vários países da América Latina, incluindo o Brasil, a medicina tenta reincorporar o 'social' em seu discurso, de alguma forma ampliando seu campo de atuação e normatização da vida. A noção de promoção da saúde que, junto com a ideia de prevenção primária, secundária e terciária são conceitos essenciais no modelo da História Natural da Doença, seria um modo de evidenciar o quanto as condições de vida contribuem para o processo de adoecimento. Na tradição da Saúde Coletiva brasileira e latino-americana, há uma crítica de que a noção do 'social' trabalhada na História Natural da Doença seria muito simplificada e ocultaria as relações sociais desiguais que atravessam a sociedade brasileira e que seriam os verdadeiros determinantes dos modos como adoecemos e morremos (AROUCA, 2003). Denomina-se de medicalização da sociedade ao fenômeno da medicina

normatizar cada vez mais a vida, estabelecendo os parâmetros do ‘bom viver’, valorizando uma responsabilidade individual na manutenção da saúde e, de alguma forma, obscurecendo o peso que as características mais gerais da sociedade em que vivemos têm sobre nosso modo de adoecer e morrer (BARROS, 2002). De qualquer forma, as ‘condições de vida’ dos pacientes ‘invadem’ os consultórios, atravessam o encontro profissional-paciente. Saber escutá-las e, de alguma forma, incluí-las no projeto terapêutico é um grande desafio, além de ser uma enorme dificuldade vivida cotidianamente pelos profissionais de saúde.

16

Vamos agora para o segundo quadrante de nossa cartografia, aquele que fala da necessidade de consumo das tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida. Podemos dizer que, mesmo que vivamos em condições de vida bastante favoráveis, nós em algum momento da vida adoecemos, envelhecemos e, quanto mais velhos ficamos, mais adoecemos e mais perdemos funcionalidades. É aí que o arsenal diagnóstico e terapêutico da medicina tecnológica entra pra valer e se legitima socialmente pela produção de valores de uso para as pessoas que estão vivendo processos de adoecimento e sofrimento. Ele pode, sim, ajudar muito em determinados momentos de nossa vida.

Ao falarmos da necessidade de consumo de tecnologias, duas ‘distorções’ devem ser apontadas. A primeira é quando o consumo de tecnologias de saúde, em particular atos médicos e procedimentos de todo tipo, passam a ser

vistos como a principal estratégia para se ter saúde, desvalorizando a centralidade das condições de vida. É uma forma de medicalização da sociedade também.

A segunda ‘distorção’ é quando confundimos tecnologias de saúde com a utilização de equipamentos altamente sofisticados, tanto para diagnósticos, como para terapias. Em geral, quando falamos em tecnologias de saúde, logo nos vêm à mente os hospitais de alta complexidade e seus equipamentos de última geração. Mas há outras tecnologias de saúde que não dependem tanto de equipamentos, mas dos saberes próprios das várias profissões de saúde. Se bem pensado, são esses saberes – saber fazer, saber diagnosticar, saber prescrever, saber cuidar – as tecnologias que os profissionais de saúde mais utilizam no seu cotidiano, ali nos consultórios, nas salas de acolhimento, nos blocos cirúrgicos, nos prontos-socorros. Tomemos o trabalho médico – anamnese, exame físico, diagnóstico e prescrição – como o tipo de tecnologia mais presente no cotidiano dos serviços, nem sempre fazendo uso de algum equipamento. Na verdade, esse modelo do trabalho médico é, de uma forma ou de outra, o padrão básico de trabalho de todas as profissões, guardadas as suas especificidades. Mas há outra tecnologia de saúde mais imaterial ainda, que é aquela tecnologia da escuta, da produção de formas singulares de cuidado, aquela que se dá no encontro do profissional com cada usuário, a partir das necessidades que apresenta naquele momento singular de sua vida. Tecnologia de saúde que contém um elemento de improvisação ou de criação, que é dada mais pela experiência, quando a medicina, ou

trabalho em saúde, se revela como arte. A arte da escuta, do encontro, da troca. Emerson Merhy (2002) é um autor que denomina de tecnologias duras de saúde àquelas ligadas aos equipamentos; de tecnologias leve-duras àquelas ligadas aos saberes profissionais; de tecnologias leves àquelas tecnologias de encontro. Para ele, o ideal de bom funcionamento dos serviços de saúde seria que as tecnologias leves comandassem todas as demais. Na prática, sabemos que as coisas são mais complicadas por várias razões. Os usuários são produtores ativos de sentidos para o cuidado que recebem, de modo que a mais dura tecnologia pode ser sentida como cuidadora a depender do momento que está vivendo. Depois de vencer todas as batalhas de dificuldade de acesso, o usuário que é submetido a uma tomografia, pura tecnologia dura, pode viver aquele momento como altamente ‘cuidador’, mesmo que submetido à dureza da máquina. Por outro lado, não há uma separação nítida entre as várias formas de tecnologia, de modo que elas, na prática podem se apresentar de modo simultâneo. O grande problema é quando há um ‘esmagamento’ das tecnologias relacionais pelas tecnologias duras ou mesmo leve-duras. O que se denomina de modelo de atendimento ‘queixa-conduta’ que prevalece em determinados serviços é um bom exemplo disto: não há escuta, não há singularização de necessidades, mas a reprodução mecânica e serializada de procedimentos.

Podemos agora passar ao terceiro quadrante da nossa cartografia, aquele que fala da necessidade de se ter vínculo com algum profissional ou com alguma equipe de saúde. O vínculo tem muito a ver com as tecnologias leves, que nós

chamamos de relacionais. Não é objetivo do texto adotar uma definição precisa ou preferencial de vínculo, nem fazer uma revisão extensiva da literatura sobre o tema, em particular as contribuições que vêm do campo da psicanálise ou da psicologia social, por exemplo. Optamos por caracterizar, livremente, elementos constitutivos do vínculo que assumem pertinência no trabalho em saúde. E que elementos são esses? O vínculo é um encontro intersubjetivo – encontro de sujeitos – que sempre guardará um forte componente de espontaneidade, de empatia, de troca. O vínculo nem sempre poderá ocorrer no encontro profissional-paciente. A responsabilização de um profissional ou de uma equipe por um paciente é condição necessária, mas não suficiente para a produção de um vínculo mais duradouro e profundo. A responsabilização é uma diretriz que o próprio Ministério da Saúde recomenda na organização da rede básica de serviços do SUS, mas ela não é necessariamente vinculante. O vínculo comporta, necessariamente, um componente amoroso, afetivo e de confiança. O verdadeiro vínculo é de natureza terapêutica, em particular quando ele é favorecedor ou ajuda a produzir uma postura mais autônoma das pessoas como veremos no próximo ponto. Podemos dizer que um profissional que consegue estabelecer uma relação vinculante com seus pacientes tem mais chance de obter sucesso terapêutico, em particular nas situações de doenças crônicas, que necessitam de adesão do doente, mudança de hábitos, novos modos de cuidar de si. As pessoas produzem mais de um vínculo dentro do sistema de saúde, a depender de suas necessidades. Esses múltiplos vínculos são os

‘rostos’ que o ‘sistema’ de saúde vai assumindo para cada um. Um sistema (ou um serviço de saúde) que não produz vínculos é um sistema sem rosto, impessoal. As pessoas procuram ativamente produzir vínculos no sistema de saúde, dando-lhe um ‘rosto’. Na busca do vínculo, a primeira aproximação do usuário com o profissional quase sempre é instrumental, isso é, aproxima-se do profissional para obter algo, em geral o que julga poder satisfazer suas necessidades. Um profissional bem preparado poderá aproveitar esta ‘instrumentalidade’ do(s) primeiro(s) encontro(s) para produzir uma relação mais vinculante e de confiança.

Vínculo é, antes de qualquer coisa, uma relação de confiança. O vínculo pode ser uma relação mais ou menos duradoura. Pode haver produção de vínculo mesmo em uma curta estadia no hospital. Aquele vínculo, mesmo que provisório, é elemento central para o bom cuidado, ou melhor, para a pessoa se sentir cuidada. E ter uma evolução melhor do seu quadro. Em qualquer circunstância, o vínculo é terapêutico. Temos vínculo com um profissional quando lembramos imediatamente dele quando pensamos em ir a um serviço de saúde, ou quando nos sentimos doentes. O vínculo pode ser produzido com qualquer profissional ou com mais de um profissional nos serviços de saúde. Por isso tudo, podemos dizer que ter vínculo é uma necessidade de saúde; sem vínculo não há bom cuidado possível e nossas necessidades de saúde nunca serão bem atendidas.

Vamos, então, para o quarto e último quadrante de nossa cartografia, aquele que fala da necessidade de se ter

autonomia no nosso modo de andar na vida como uma necessidade de saúde, quem sabe a mais importante de todas. Por que seria a mais importante? Porque, para muitos autores, a própria definição de saúde se confundiria com a nossa autonomia de sermos capazes, diante das adversidades, de reconstruir nossos modos de viver, de termos autonomia no nosso modo de andar a vida (CANGUILHEM, 2002). Assim, o estar doente não é apenas uma condição medida laboratorialmente, através de parâmetros biomédicos, mas tem a ver com a nossa capacidade de nos recuperarmos, recriarmos nossas vidas, retomarmos nossa vida cotidiana, seja diante de problemas de saúde corriqueiros, ou de adversidades como uma seqüela de acidente, o diagnóstico de um câncer ou de uma doença cardiovascular grave. É uma nova maneira de pensarmos o binômio saúde-doença. Um exemplo: dois homens recebem, ambos com cinquenta anos de idade e no mesmo dia, o diagnóstico de diabetes. O diagnóstico médico é baseado em exames de glicemia alterados. Daqui para frente, terão que se submeter a algum tipo de dieta, fazer uso de medicamentos, ter acompanhamentos regulares. Vamos dar um salto no tempo e reencontrar esses dois homens 10 anos depois, agora com 60 anos de idade. Um deles está obeso, tem várias complicações decorrentes do diabetes, inclusive perda parcial de visão e uma amputação de dedo do pé, está aposentado e recebe muito menos do que recebia enquanto trabalhava, não consegue ter vida sexual satisfatória e transformou-se em um homem amargurado e infeliz. Já o outro, vamos encontrar com o peso controlado, sem complicações do

diabetes, produtivo, vivendo uma relação afetiva prazerosa com sua esposa, de bem com a vida. Ele aprendeu tão bem a lidar com sua glicemia alterada, que se dá ao luxo de sair da dieta nos aniversários dos netos e tomar uma cerveja nos finais de semana com os amigos, pois consegue controlar bem sua glicemia e manejar de modo adequado o hipoglicemiante que o médico lhe prescreveu. Então, não estamos diante de dois ‘diabéticos’, mas de dois homens que, tendo um distúrbio metabólico da glicose, detectado laboratorialmente, produzem sentidos diferentes para suas vidas. Não interessa discutir aqui exatamente o que explicaria a diferença entre eles, mas o que se quer destacar é que há modos diferentes de se encarar um diagnóstico laboratorial, de se produzir a vida. Então, a maior ou menor autonomia no modo de andar a vida pode ser considerada uma necessidade de saúde síntese, pois ela vai depender, e muito, da existência de um vínculo com um profissional ou equipe, de se ter acesso a todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, como também das condições de vida.

É por isso tudo que podemos dizer que o bom cuidado sempre será resultado da combinação do atendimento de todas as necessidades de saúde. O grande desafio das equipes de saúde e de cada profissional de saúde é tentar escutar e atender a necessidade que está mais posta em determinado momento. Um bom vínculo estabelecido já é meio caminho andado. Talvez a grande tragédia da medicina tecnológica e institucionalizada seja exatamente a perda do vínculo, da capacidade de escuta dos profissionais,

da relação de confiança entre profissionais e usuários, de modo que, exatamente por termos perdido a capacidade de escuta singular de cada pessoa, damos como resposta automática e repetida, mais e mais consultas médicas, mais e mais exames. Uma assistência cada vez mais cara e menos resolutiva.

Questões para discussão no primeiro bloco temático (as necessidades de saúde)

- De que necessidades de saúde são portadoras as pessoas que lotam os serviços de saúde? Há algo mais que poderia ser captado para além da demanda por atendimento médico?
- Seria possível organizar nossos serviços e o trabalho em saúde de modo a identificar de forma mais sensível tais necessidades? Como? Dê exemplos.
- Uma vez identificadas, elas poderiam ser trabalhadas pelos serviços?
- Como? Dê exemplos.

SOBRE AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

No bloco anterior, tentamos mostrar como a discussão ampliada das necessidades de saúde – matéria prima do trabalho em saúde – nos ajuda a caracterizar a complexidade

e a especificidade do trabalho em saúde. Neste segundo bloco, vamos acrescentar novos elementos para uma melhor compreensão de como o trabalho em saúde é sempre dependente de uma ampla rede de atores e serviços para ser realizado da forma mais adequada possível.

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Vamos trabalhar com a ideia de que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser reconhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Dimensões que, conquanto imanentes, mantêm sua singularidade e irreduzibilidade umas às outras, com importantes implicações tanto ético-políticas, como mais ‘operacionais’, ou seja, do ponto de vista de quem se ocupa da gestão em saúde.

Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária, como representado na figura I.

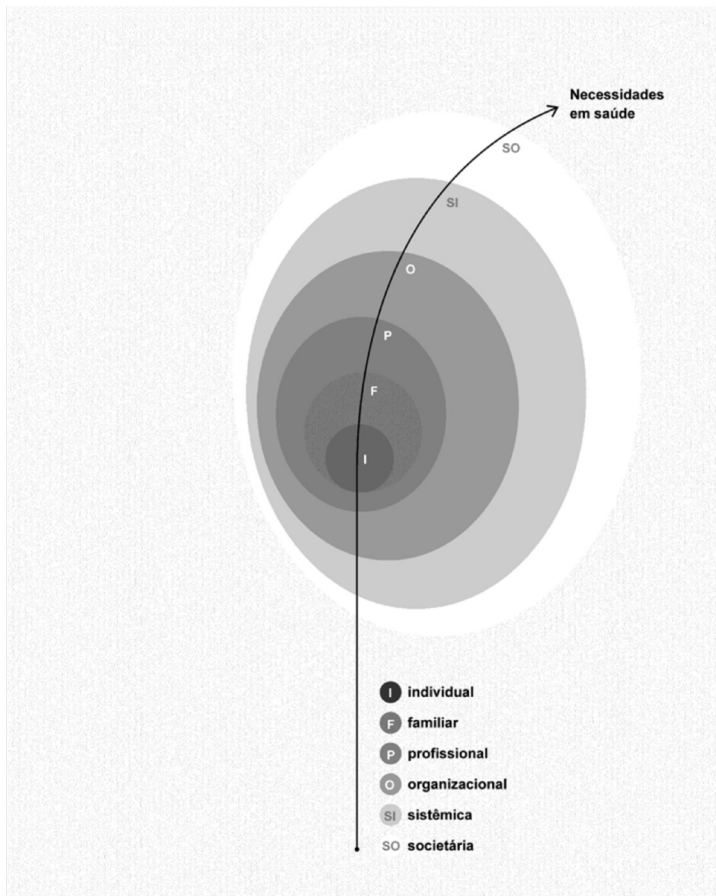
Na dimensão mais nuclear da figura está a dimensão individual da gestão do cuidado em saúde. O ‘cuidar de si’, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de ‘andar a vida’, fazendo escolhas, ‘fazendo da vida uma obra de arte’, como apontado por Nietzsche (VAN BALEN, 1999) e, mais contempo-

raneamente, por Michel Foucault (2004). Para os autores formuladores do modelo tecno-assistencial ‘Em Defesa da Vida’, seria exatamente a concepção ampliada e radicalizada de autonomia que traduziria o verdadeiro sentido de ‘saúde’ (SILVA JUNIOR, 1998), em contraposição às definições ainda caudatárias da biomedicina e do modelo ecológico de saúde-doença, em particular o clássico paradigma da ‘história natural da doença’, tal como formulado por Leavell e Clark, há pouco mais de meio século. A crítica elaborada por Arouca (2003), em *O Dilema Preventivista*, apontou centralmente o quanto a Medicina Preventiva, operacionalizada a partir de tais conceitos, acabava atuando como linha auxiliar da Medicina, não conseguindo fazer sua crítica e superação.

Estudos produzidos nas décadas seguintes no campo da Saúde Coletiva, em particular no debate sobre modelos tecno-assistenciais, adotaram o conceito de ‘estar sadio’ ou a ‘saúde’ como sinônimo de autonomia, no sentido apontado originalmente por Canguilhém (1982): estar sadio é a capacidade de, diante das adversidades da vida, produzir novas normatividades, novos modos de viver, utilizando-se da ideia de que a Vida é permanentemente (re)instauradora de normas. Enquanto estivermos vivos, estaremos em produção, fazendo escolhas, produzindo nosso modo de viver.

Neste texto, trabalha-se com a ideia de que o ‘individual’ é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico. Para

Figura 1: as múltiplas dimensões do cuidado em saúde



a construção das nossas reflexões, vamos considerar que a dimensão individual da gestão do cuidado deve ser considerada em uma dupla lógica em permanente interpenetração: ao mesmo tempo em que há elementos de ‘determinação’ que pesam sobre os indivíduos circunscrevendo seu campo de possibilidades de opção e de construção de sua autonomia, em função do lugar que ocupam na sociedade, é possível reconhecer uma esfera ‘individual’ na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações, o que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena, como vimos no bloco anterior ao tratarmos das necessidades de saúde.

Os profissionais, as equipes e os serviços de saúde podem (ou não) contribuir para a produção de maiores graus de autonomia das pessoas, a depender do modo como atuam, organizam seu processo de trabalho, fazem a escuta das necessidades de saúde e atuam a partir de tais princípios. Isso nos convida a explorar as outras dimensões da gestão do cuidado.

A dimensão familiar da gestão do cuidado é aquela que assume importâncias diferentes em virtude do momento da vida das pessoas. Há fases da vida nas quais tal dimensão é apenas virtual, em particular quando se tem bastante autonomia, possibilidades de se fazer escolhas e, especialmente, de poder cuidar de si. No entanto, momentos há em que tal dimensão emerge com toda sua potencialidade, em particular em situações de vulnerabilidade e perda de autonomia. Trata-se de uma dimensão da gestão

do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem como seus atores privilegiados pessoas da família, os amigos e os vizinhos. Dizer isso não é imaginar um mundo sem dificuldades e contradições. Basta lembrar as relações conflituosas que se apresentam nesse campo, em particular aquelas entre cuidadores e cuidados, consequência da complexidade dos laços familiares, sobrecarga de trabalho para os cuidadores, exigências permanentes para a realização do cuidado etc. Além disso, essa dimensão tem sido crescentemente colonizada por certas lógicas institucionais, em particular na operacionalização de programas de desospitalização e de atendimento domiciliar. Já há estudos realizados com o objetivo de caracterizar melhor o quanto as 'práticas substitutivas', entre as quais os programas de atendimento (PAD) e internação hospitalar (PID), estão produzindo novas formas de cuidados, mais 'desinstitucionalizadas', ou estão simplesmente reproduzindo a lógica das práticas presentes nas outras dimensões que serão exploradas na sequência, em particular a sua forte hegemonização pela biomedicina (CARVALHO; FEUERWEKER; MERHY, 2007).

Como consequência do envelhecimento acelerado da população brasileira, essa dimensão assumirá crescente importância para os serviços e os modos de se organizar o cuidado.

A dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e usuários, e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro 'privado', que na sua forma mais típica ocorre em espaços protegidos, de modo geral fora de qualquer olhar externo de

controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular o modo como se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender da melhor forma possível tais necessidades; c) como consequência da anterior, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados. Merhy (2002) valoriza, nessa dimensão, elementos de uma micropolítica onde se produz o cuidado em ato, no ‘espaço intercessor’ trabalhador-usuário, operando principalmente tecnologias ‘leves’, do tipo relacional. A micropolítica em saúde seria, então, o território com potência para a produção do singular, do inusitado, nessa interseção de necessidades trabalhador/usuário.

Essa é uma dimensão que, historicamente, constituiu-se em espaço de muita autonomia para o trabalhador, sendo que o paradigma dessa autonomia é o trabalho médico. Não é à toa que essa é a dimensão da gestão do cuidado que tem sido o alvo preferencial das estratégias racionalizadoras e controlistas em curso no setor de saúde, tanto público, como privado, como veremos adiante nos próximos blocos.

A dimensão organizacional do cuidado é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela crescente divisão técnica e social do trabalho em saúde e evidencia

novos elementos como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular a organização de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Convivendo com o caráter mais 'privado' da dimensão anterior, agora se impõem os espaços mais públicos de avaliação de um cuidado que depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder. É também território-alvo de estratégias racionalizadoras e disciplinadoras, na perspectiva de funcionalização, previsibilidade, homogeneização, mirando modelos ideais de serviços. Na prática, há uma verdadeira guerra de guerrilha contra tais pretensões dos gestores e gerentes. Pode-se dizer que é uma produção de resistências, além de linhas de fuga e modos alternativos de se fazer o cuidado pelos trabalhadores em seus espaços de autogovernos, nunca totalmente capturados e sempre balizados pelos elementos que vimos na dimensão profissional.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo 'redes' ou 'linhas' de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. Historicamente, foi trabalhada como a imagem de uma 'pirâmide' constituída por serviços

de complexidade crescente, interligados entre si através de processos formais de referência/contrarreferência, que deveriam resultar em fluxos ascendentes/descendentes ordenados e racionalizados de usuários. O movimento real dos usuários no 'sistema de saúde', em particular o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a transversalidade que o trabalho médico produz ainda hoje no 'sistema' de saúde, a despeito das estratégias crescentemente disciplinadoras a que vem sendo submetido; a multiplicidade de 'portas de entrada' para o 'sistema', em particular nos serviços do tipo pronto-atendimento que desafiam o ideal da rede básica como 'porta de entrada' da pirâmide de serviços. Tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalhar com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores. A despeito de tal complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa normalmente sua atividade mais visível e trabalhosa. Estamos em pleno domínio da construção da relação público-privado, em particular a compra de serviços, da programação orçamentário-financeira, de regulação da relação Estado/prestadores privados, da formulação de políticas de prioridades, da política de investimentos etc. As equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas fazendo a gestão do cuidado nessa dimensão. Aqui vale um rápido exemplo da imanência das várias dimensões

da gestão do cuidado. No caso das doenças cardiovasculares, muito do tempo e dos recursos gastos para prover consultas com cardiologistas, realizar de exames de média e alta complexidade, provir leitos hospitalares cardiológicos, poderiam ser redimensionados se houvesse uma boa gestão do cuidado em todas as dimensões anteriores. Nesse sentido é que vale enfatizar que as ‘dimensões’ da gestão do cuidado devem ser vistas muito mais como um recurso didático, ou mesmo pedagógico, no trabalho com equipes de saúde, com conselheiros de saúde, com estudantes, pois, na realidade, mais do que círculos concêntricos, elas deveriam ser representadas por figuras muito mais complexas e multidimensionais. A representação em círculos concêntricos seria devedora da representação atômica clássica; a dinâmica real de interpenetração das várias dimensões seria mais bem pensada a partir dos conceitos da física quântica ou mesmo de um ‘rizoma’.

Por fim, a dimensão societária da gestão do cuidado em saúde. Aqui estamos tratando de como em cada sociedade se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida e acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor. É a dimensão do encontro da Sociedade Civil, em sua heterogeneidade, com o Estado, e a disputa de diferentes projetos societários que

resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população.

Reiterando, é bom lembrar, portanto, que há múltiplas conexões entre as várias dimensões, produzindo uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores, de modo que o bom cuidado pode resultar de uma conexão direta entre a dimensão individual com a societária, ou entre a organizacional e a familiar e outras infinitas possibilidades resultantes das necessidades e da ação humana.

É por tudo isso que se faz necessária a análise do trabalho em saúde tanto na sua especificidade, como nas complexas relações e pontos de contatos, e vai tendo necessariamente que produzir com o trabalho de outros atores.

Questões para discussão no segundo bloco temático (as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde)

- Considerando que a dimensão individual da gestão do cuidado implica um cuidar de si, o que explica que tal dimensão possa ser tão diferente entre as várias pessoas?
- Dê exemplos de situações em que a dimensão familiar da gestão do cuidado torna-se fundamental para o sucesso do cuidado. Que elementos ‘complicadores’ frequentemente estão presentes em tal dimensão?

Figura 2: Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós.	Cuidar de si. Autonomia. Escolha.
Familiar	Família. Ciclo de amigos. Vizinhos.	Apoio. Proximidade. Mundo da vida.
Profissional	Profissionais de saúde. O Médico.	O preparo técnico. Ética. Vínculos.
Organizacional	A equipe de saúde. O gerente.	Div. Téc. do trabalho. Coordenação.
Sistêmica	Os gestores.	Linhas ou redes de cuidado. Financiamento.
Societária	O "Estado" A "Sociedade Civil"	Políticas sociais.

- É possível, para quem faz a gerência ou a gestão, avaliar e interferir na dimensão profissional da gestão do cuidado? Como?
- Considerando a forte autonomia dos trabalhadores de saúde no desenvolvimento de seu trabalho e a tendência à especialização e fragmentação do trabalho em saúde, qual o grande desafio a ser enfrentado na dimensão organizacional da gestão do cuidado?
- Quais têm sido as grandes dificuldades para a regulação governamental do acesso e utilização dos serviços de saúde, considerada como o principal dispositivo operatório da dimensão sistêmica da gestão do cuidado?
- Tente caracterizar que elementos do contexto sócio-econômico-político brasileiro mais recente poderiam ser apontados como componentes da dimensão societária da gestão do cuidado com maior potencial de impacto na saúde das pessoas?

SOBRE A SINGULARIDADE DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Tentamos caracterizar, nos dois primeiros blocos, a complexidade do trabalho em saúde, apontando como as necessidades de saúde vão muito além do simples atendimento médico e o quanto a gestão do cuidado se realiza em várias dimensões interdependentes, que nem sempre se conectam

entre si, nem sempre são complementares. Além do mais, podemos dizer que o trabalho em saúde é altamente institucionalizado, isso é, realiza-se em organizações formais, o que nos coloca o desafio de buscar elementos teóricos que nos possibilitem uma melhor compreensão dos ‘cenários’ onde se dá o trabalho em saúde: as organizações de saúde.

O Departamento de Gestão em Educação na Saúde do Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Educação Permanente (EP) como ambiciosa estratégia de formação de trabalhadores e gestores para o SUS, tendo criado os Pólos de Educação Permanente como o ‘dispositivo’ de implementação de tal política (CECCIN, 2005). A partir daí, várias experiências de EP foram experimentadas pelo país afora. O que se apresenta, na sequência, são reflexões suscitadas a partir da utilização da EP como estratégia para formação de gerentes de uma Secretaria Municipal de Saúde durante cinco anos ininterruptos. Naquele momento, vivia-se um ‘impasse’ que poderia ser assim formulado: porque passados cinco anos de EP com um conjunto amplo de gerentes, em particular com os coordenadores de unidades básicas, tinha-se a sensação de que não havia uma capilarização da EP, isso é, havia dúvida do quanto essa estratégia pedagógica estaria conseguindo produzir mudanças efetivas no modo de trabalhar das equipes, em particular em efetiva qualificação do cuidado. O desafio de produzir uma reflexão sobre os impasses da EP serviu como mote para se pensar sobre as características das organizações de saúde. É essa discussão que apresentamos na sequência. Mesmo que partindo de uma questão específica, no caso a EP, ela nos

permite explorar algumas características das organizações de saúde.

A questão que tem sido frequentemente colocada é: como conseguir a capilarização da EP? Poderíamos começar por aí? Por que a insistente preocupação com a capilarização como um ideal que nunca se realiza? Então, outra interrogação: o que queremos dizer com capilarização? O que é capilarização? Capilarização/capilar: na anatomia, na fisiologia, na histologia, capilar é o mais fino, o mais distal, o microscópico, a ponta, o lugar de trocas vitais de gases, nutrientes, de trocas vitais para a vida! Capilarização é o micro, o invisível. Capilarizar é alcançar este espaço micro, este espaço vital.

Capilarização da EP seria, então, alcançar este espaço micro, este distante que fica sempre invisível aos olhos dos gestores. Quanto mais em cima na estrutura, mais distante e menos visível se torna este espaço. Daí o permanente desejo de se inventar dispositivos, microscópios cada vez mais poderosos, instrumentos de avaliação e tudo o mais que possa tornar visível este espaço tão cheio de vida e troca que é micro, onde a instituição se capilariza.

Falar em capilarizar a EP parece-nos, traz um desejo implícito de se alcançar este espaço. Conseguir, através da EP, fazer a gestão chegar lá na ponta, na extremidade, lugar vital de trocas, de vida, de pulsação, de encontros, mas que sempre colocamos sob suspeita, como se algo ocorresse naqueles territórios distantes que nos escapasse.

Vamos, então, tentar fazer algumas reflexões teóricas, deixando para trás a tentação de usar modelos biológicos

para explicar a vida social, em particular o espaço micropolítico que são as unidades de saúde, lá onde se realiza o cuidado. A concepção funcionalista-sistêmica das organizações, as organizações vistas como seres vivos, é um bom exemplo da utilização do modelo biológico e da indesejada simplificação que traz para a construção de modelos de gestão. As unidades de saúde são uma construção social, humana, histórica e, portanto, sua melhor compreensão só pode ser buscada no campo das ciências humanas e não na biologia e na fisiologia, embora estas ciências possibilitem alguma aproximação do funcionamento dos centros de saúde. Deixemos de lado, portanto, a metáfora biológica e lancemos mão dos conceitos que a filosofia e as ciências sociais podem nos emprestar.

O que é o micropolítico? Dizer que há um 'micro', quase que imediatamente nos faz pensar em um 'macro'. Micro nos sugere, de saída, o pequeno, o infinitesimal, as pequenas dimensões; macro, por oposição, nos faz pensar no que é grande, nas grandes dimensões, nas estruturas. Vamos então nos valer de autores que se utilizam dos conceitos de molecular e de molar para tratar da relação entre micro/macro na perspectiva da sociedade. Para eles, o molecular é lugar das mudanças, movimentos, fluxos, processos instituintes, inovação, mudança, criação de possibilidades e transformações. Podemos dizer que o conceito de molecular se aproxima ao conceito de micro. Já o molar, é lugar das estruturas já estabilizadas, das instituições como o Estado, a instituição Médica e seus dispositivos e discurso de poder, a Igreja, o Exército. Podemos dizer que é o ma-

cro. O molar é o lugar da estabilidade, da reprodução, da conservação e do visível, daquilo que é instituído e codificado (BAREMBLITT, 1996).

Acontece que esses autores se encarregam de relativizar a oposição entre micro e macro, nos alertando para não confundir o molecular com o bem, com coisas boas (ali há mudanças, movimentos, novidades, transformação) e o molar com o 'mal' (ali há estruturas, há poder, há dominação, há reprodução). As coisas, para eles, seriam mais complexas por várias razões, a começar pelo fato de que o molar atravessa e constitui o molecular e que o molar, por sua vez, tem o seu molecular, tem seus movimentos internos, suas transformações. O molar está presente no molecular e o molar também tem seu molecular.

O molecular, por outro lado, não é 'inocente', pois é também lugar de poder, de disputa, de violência simbólica. Então, se já estamos pensando nas unidades básicas de saúde como o micropolítico, o lugar para onde se pretende capilarizar, vamos adiantando que temos que pensá-lo tanto como lugar instituinte, de mudanças, de novidades, mas também de reprodução do molar, do grande, das estruturas, das estabilidades, dos instituídos, como o ainda marcante poder médico, só para dar um exemplo. Basta um olhar nosso mais experiente e vivido para sabermos o quanto de molar tem no molecular cotidiano das nossas equipes.

Poderíamos dizer que o molar se manifesta no micro nas várias formas de resistência às propostas de mudanças, naquilo que insiste em permanecer o mesmo por mais que

a gente tente provocar mudanças. O molar no micro é o que resiste, o que reproduz. O molar são as regularidades surpreendentes que vemos em equipes tão diferentes, tanto na mesma secretaria de um município, como em municípios diferentes; aquelas coisas que são espantosamente regulares apesar das diferenças marcantes de contexto. Um exemplo: porque médicos e enfermeiros se comportam, de um modo geral, de maneira muito parecida, mesmo em contextos institucionais muito diferentes? Um exercício seria a gente trabalhar com as regularidades, homogeneidades, as resistências que vemos nos nossos serviços de saúde. Fazer isto seria cartografar o macro no micro. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Avançando um pouco, poderíamos dizer que, com esta discussão, estamos entrando no debate clássico, e nunca esgotado das ciências sociais, que é a relação entre determinação e liberdade, entre a rigidez das estruturas e a fluidez da ação humana, no fundo, no fundo, um grande debate sobre o sujeito, sobre a liberdade humana, sobre o livre-arbítrio. Somos atores/protagonistas ou somos marionetes manipuladas? Somos donos de nossas decisões, fazemos opções conscientes orientadas por valores éticos ou somos apenas manipulados pelo Estado, pela Empresa, pela Mídia?

Para irmos em frente, fiquemos com as tentativas de síntese feitas por alguns autores como Bourdieu (1983) e Giddens (1978), só para dar alguns exemplos que vão nos apresentar uma ‘solução’ para esta oposição entre estrutura e agência, determinação e liberdade. Para eles, as estruturas

constrangem, estabelecem limites mas, ao mesmo tempo, podem ser apoio, podem dar suporte para ação humana. A ação humana seria exatamente este mover-se entre os limites estruturais, buscando brechas e linhas de fuga, possibilidades de ação e invenção, em um processo de recriação permanente das próprias estruturas. Uma relação dinâmica e dialética entre estrutura e ação, determinação e liberdade. Esta seria uma forma de contornar tanto o pessimismo de certo estruturalismo que teve muita influência no pensamento crítico dos anos 1970, em particular no próprio nascedouro da saúde coletiva brasileira e latino-americana (basta lembrar a morte do homem), como superar o que é considerada ‘ingenuidade’ de certa fenomenologia que pensa um homem livre, produtor de sentidos, que se move por princípios, senhor e dono de seu arbítrio e decisões. Não somos totalmente livres, como no existencialismo de Sartre (“somos condenados a ser livres”, nem totalmente marionetes, dominados pelas estruturas).

Se o pensamento crítico fundante do campo da Saúde Coletiva privilegiou o peso das estruturas de dominação e reprodução, um ‘pensamento-denúncia’, fato que influenciou profundamente nossas formulações e práticas e propostas de intervenção, o pensamento crítico hoje parece destacar mais exatamente o que há de produção, de desejo, de linhas de fuga, de espaços de movência e de criação nos interstícios dos dispositivos institucionais, tudo o que foge aos determinismos, ao peso das estruturas. Embora longe de ser hegemônico no campo do movimento sanitário, tal giro teórico-político já se faz sentir, ou tem se feito sentir na formu-

lação de novas estratégias de intervenção e modelos de gestão dos serviços de saúde, nos quais a ênfase recai exatamente para o que poderíamos designar de ‘exploração de possibilidades de invenção’, ‘aposta na criação’, ‘abertura para o virtual e impenhado’, ‘interrogação dos instituídos’, etc.

É bom que se esclareça que, longe de tal giro significar um retorno puro e simples àquele sujeito da fenomenologia, ela se filia a um referencial teórico muito mais sofisticado que privilegia os agenciamentos de subjetivação, novos modos coletivos de agir e pensar, onde a ênfase é menos no ‘sujeito’ individual, mas em certos modos de se viver a vida em sociedade. Ou, nas organizações. Novos agenciamentos, novas institucionalidades. Novos modos de viver a vida, as relações, novas maneiras de se produzir as organizações, a sociedade.

A formulação e opção pela proposta da EP como estratégia pedagógica-gerencial preferencial do Ministério da Saúde, desde a primeira gestão do governo Lula, para se avançar na consolidação de um SUS de qualidade e orientado por um projeto radical de defesa da vida, pode ser enquadrada neste giro teórico-político que apontamos. A EP traz como ideia-força a promoção de novos agenciamentos com potências para produzir novas institucionalidades no espaço micro. O micro é o alvo, digamos assim, do projeto de EP. Sendo assim, a provocação que fazemos é que dizer ‘capilarização da EP’ é um pleonasma. A EP ou capilariza, alcançando o território micropolítico do cuidado, ou não é EP!

Estamos, portanto, diante de uma charada: se, após

cinco anos de EP, ainda temos que discutir a ‘capilarização da EP’, o que fizemos até agora então? Onde é que a EP coagulou? Onde é que a EP empacou? É possível fazer uma EP com coordenadores e apoiadores que não abra caminho, com força, até o micro? Estas parecem ser as questões centrais a serem respondidas. Voltaremos a elas.

Sigamos em frente com outras reflexões. O atual momento da sociedade brasileira, o atual momento da construção do SUS, nos convida a refletir sobre o fato de que a proposta político-pedagógica da EP é um projeto ético-político de gestão em disputa com outros projetos ético-políticos.

O gerencialismo é exemplo de outro projeto que está na disputa e está bem próximo de nós. E, de alguma forma, tem se apresentado como alternativa para nossas dificuldades.

E o que é o gerencialismo? É a importação para o setor público-governamental de concepções e tecnologias de gestão que são hegemônicas no setor privado (PAULA, 2005). O gerencialismo é uma variante ‘moderninha’ do grande paradigma denominado de estrutural-funcionalismo (EF). Para simplificar o que é o EF, podemos dizer que ele simplifica tudo. A começar, de como o espaço micro-político é pensado. No EF, o espaço micro é o espaço das funções bem definidas, das normas claras e suas respectivas sanções e recompensas, mas é, antes de tudo, o espaço de compartilhamento de valores. Para Talcott Parsons, o grande teórico deste modelo, a sociedade e as organizações da sociedade se mantêm, conseguem ter estabilidade e se reproduzir exatamente e principalmente porque haveria uma

forte convergência em torno de valores sociais compartilhados (ROCHER, 1976). Organizações e sociedade sem conflitos. E isso nós sabemos que não é bem assim. Aliás, um das grandes forças da EP é exatamente explorar o quanto este mundo é um mundo de dissensos, de diferenças, divergências e de conflitos...

Na perspectiva do gerencialismo, as estratégias para se alcançar o micro, para se ‘capilarizar’, chegar na intimidade do espaço micropolítico, são razoavelmente simples: definição clara de papéis e responsabilidades, aprimoramento dos processos de seleção para incorporar pessoas que se aproximem mais do perfil de trabalhador desejado pela instituição, muita capacitação, muita ‘sensibilização’ dos trabalhadores, mais um conjunto cada vez mais refinado de estratégias, como será desenvolvido no quarto e último bloco. A ênfase é em contratos de gestão, apresentados como a chave que abrirá o micro e o tornará cada vez mais visível e modelável pela direção, seja de uma empresa privada, seja de um governante, criando uma cultura de responsabilização e accountability, no jargão gerencialista. Se bem analisado, o recente “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” (BRASIL, 2008), em boa medida, preso a tal paradigma, na medida em que ele segue um ‘contratualismo’, operando uma lógica em que as equipes são avaliadas por metas e indicadores bem definidos, por avaliadores externos, resultando em ganhos financeiros para o gestor municipal.

Sim, tal concepção de gestão está cada vez mais presente no cenário de governança pública brasileira, em

particular acompanhando o processo de terceirizações, privatizações e demais movimentos que vão delegando funções antes governamentais para entes de direito privado. Reparem bem como a tendência de se valorizar ou apregoar um modo de governar calcado em metas, racionalização no uso dos recursos, responsabilização, profissionalização da gestão, tem tido destaque nas agendas dos governantes e tem uma repercussão altamente positiva na mídia e na sociedade.

Então, a reflexão teórico-conceitual sobre o que é o ‘micro’ e como alcançá-lo via estratégias de ‘capilarização’ é um tema mais do que atual. O micro é o alvo; capilarizar é o movimento de alcançá-lo. O debate ético-político central hoje é o ‘como’!

Poderíamos dizer que, em contraposição ao gerencialismo, correntes do movimento sanitário brasileiro têm tentado opor um projeto de base emancipatória. O conceito de um projeto de base emancipatória é retirado, em boa medida, das formulações de Habermas, filósofo alemão contemporâneo, embora seja devedor de uma longa trajetória histórica e política que remete aos movimentos sociais libertários que construíram as sociedades modernas ocidentais. Por ‘emancipação’, Habermas quer dizer um processo pelo qual uma sociedade conquista autonomia, tornando-se livre de coerções externas e internas, autônoma no controle e no governo de si mesma. Podemos resumir dizendo que emancipação é o processo de conquista e manutenção de autonomia (FIEDLER, 2006).

Muito simplificadamente, podemos dizer a luta pela construção do SUS, com suas generosas diretrizes de universalidade, equidade, cidadania e defesa da vida – a grande bandeira do movimento sanitário brasileiro – sempre caminhou junto da formulação de propostas de gestão de base claramente emancipatória.

E quais os elementos de tal projeto? A defesa da gestão colegiada em todos os níveis do sistema de saúde, a valorização do controle social, a defesa da construção de relações mais horizontais e solidárias entre os trabalhadores, abrindo espaço para um radical questionamento das relações de dominação e violência presentes no cotidiano das organizações. O projeto emancipatório, por sua natureza, valoriza práticas pedagógicas de base construcionista, nas quais a vida real, o cotidiano, o protagonismo e a experiência dos trabalhadores são valorizados. Não é à toa que Paulo Freire sempre foi uma referência na construção deste projeto.

O projeto emancipatório queria produzir o SUS e, ao mesmo tempo, um novo trabalhador de saúde, a nova equipe de saúde. Construir o SUS e seus sujeitos emancipados, desalienados, autônomos, produtivos e militantes em defesa da vida em todas as suas dimensões. A luta antimanicomial brasileira é um bom exemplo do forte caráter emancipatório presente na tradição do movimento sanitário.

A proposta ético-política de EP, como estratégia de formação de trabalhadores e de gestão da saúde, no seu projeto inicial, tem fortes marcas de um projeto eman-

cipatório. A questão é: o projeto emancipatório ainda faz sentido no atual contexto de governança pública que vem se impondo no Brasil? Por que tem sido tão difícil defender este projeto? O projeto em si se assenta em bases ético-políticas pelas quais vale a pena defender e batalhar? Há atores sociais que possam abraçá-lo? Ele encontra eco na sociedade brasileira neste momento?

Este parece ser o ponto crucial no debate sobre a capilarização da EP. O grande debate teórico-ético-político de fundo. Reiterando: o modo de se pensar o micro é bastante diferente, em termos teórico-conceituais e práticos, conforme se filie a uma ou outra perspectiva, o EF ou o projeto emancipatório, em particular a visão do que seja o trabalhador de saúde.

Se no EF o trabalhador é alguém que quase se confunde com o cumprimento adequado de certas funções, papéis do cargo, por outro lado o projeto emancipatório projeta um trabalhador consciente, comprometido com a construção do SUS, com a produção do cuidado, com a dialogia, com a escuta. Um trabalhador a ser conquistado, produzido em processos pedagógicos-gerenciais de base comunicativa e dialógica, produtores de consensos.

Um projeto de base emancipatória parte da concepção de que o território micropolítico não é um território vazio, esperando ser inoculado pelas propostas, diretrizes, orientações, projetos e programas dos dirigentes, seja no setor público ou privado, mas território densamente povoado (CECILIO, 2007). O micro é povoado por atores protagonistas, constituído fortemente

pelos autogovernos dos trabalhadores e que, para o bem e para o mal, funciona como uma máquina produtiva, independentemente do governante de plantão. Como vimos antes, para os dirigentes, gestores, o micro é sempre um espaço a ser conquistado.

Voltando então ao nosso tema, capilarizar a EP teria, então, que considerar a materialidade deste espaço que é micro, molecular, produtivo, em permanente mudança, instituinte, mas ao mesmo tempo, atravessado pelo molar, pelas grandes instituições, por grandes vetores que lhe dão certos modos homogêneos de funcionamento, de reprodução, de conservadorismo. Capilarizar a EP seria conseguir abrir caminhos por dentro desse campo, interrogando-o em seu funcionamento, em sua lógica.

Os problemas para se capilarizar a EP na perspectiva emancipatória são os seguintes: a) nossas cabeças são formatadas na perspectiva EF. O EF é um agenciamento, um modo de olhar o mundo, de pensar e de agir. Um modo de pensar o 'outro' ainda muito instrumental: modelar o comportamento do outro para agir de acordo com o que pensamos ser o mais correto, seja aumentar a eficiência da empresa privada, seja para implementar as diretrizes do SUS; b) A EP como estratégia ético-política de gestão adotada por determinado governo é, por natureza, governamental, isso é, busca uma institucionalização que virá, inevitavelmente, contaminada por relações de hierarquia e poder (vide o caso dos apoiadores). A EP é uma tecnologia política por natureza; c) por

ser governamental, será uma estratégia sempre abalada pelas mudanças de governo e não garantia de processos que são necessariamente de longo tempo de maturação; d) por último, mas não menos importante, os agentes da EP são formadores e formados ao mesmo tempo. Ninguém nunca está ‘pronto’ de vez. A EP exige um processo permanente de formação que não tem um lado de fora, digamos assim, pois estamos todos ‘dentro’ do seu processo. E tal fato implicaria num desvestir permanente de papéis bem definidos, de relações de hierarquia, de certeza, o que não é muito fácil, convenhamos.

O fato é que não sabemos o que se passa, na realidade, no micro, no espaço da micropolítica, espaço de autogovernos dos trabalhadores. Ele sempre nos parece obscuro, de modo que quase sempre fazemos suposições que as coisas não andam tão bem como deveriam andar, suspeita que se alimenta com queixas de usuários, com alguns indicadores como excesso de encaminhamentos, diagnósticos tardios etc. Mas isso, pela EP, nós teríamos que descobrir juntos com os trabalhadores e com os usuários, incorporando suas perspectivas, suas vivências, suas carências, suas dificuldades. Capilarizar é isso, essa descoberta, essa construção. Capilarizar a EP seria esse processo sem fim de produção de conversas, encontros, experimentações.

O grande impasse do movimento emancipatório brasileiro, na sua vertente sanitária, digamos assim, é exatamente saber o quanto poderemos continuar batalhando esta perspectiva num mundo dominado pelo individualis-

mo, pela disputa, pela racionalização crescente da sociedade, pela busca imediata de resultados.

Questões para discussão do terceiro bloco temático (a educação permanente e as características das organizações de saúde)

- Quais as principais características do paradigma denominado de estrutural-funcionalismo quando aplicado às organizações de saúde?
- Por que podemos dizer que ele é insuficiente para se pensar as organizações de saúde?
- Como pode ser definido o ‘gerencialismo’?
- Quais as características do projeto denominado de emancipatório que se contrapõem ao gerencialismo?
- Qual a diferença entre ‘molar’ e ‘molecular’ quando se pensa as organizações de saúde? Quais elementos ‘molares’ poderiam ser reconhecidos nas organizações de saúde?
- Segundo o texto, qual o grande alvo de todas as estratégias de gestão? Por quê?
- Na sua opinião, faz sentido batalhar por um projeto de base emancipatória para se pensar a gestão do SUS? Que atores poderiam se comprometer com tal projeto? De onde poderiam partir resistências?

SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O ESTUDO E A REFLEXÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Pode-se dizer que do ponto de vista do estudo e da compreensão das relações entre Trabalho e Saúde, o campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador (ST) (LACAZ, 1996) traz importante contribuição teórico-metodológica. Trata-se de apontar o aporte trazido pelo campo quando desenvolve uma forma de compreender tais relações ao adotar o conceito de processo de trabalho, num contexto voltado para a investigação daquelas relações ao nível do trabalho industrial (LAUREL, 1993). Assim, entende-se processo de trabalho como o modo pelo qual o Capital organiza o processo de produção para obter cada vez mais lucro via aumento da produtividade e exploração da mais-valia nos trabalhos diretamente produtivos, conforme postulado por Marx (1980).

Nos dias que correm, com o aumento do trabalho no setor terciário da economia, que, como se sabe, engloba o setor de serviços, autores filiados à Saúde Coletiva, apontam que um dos maiores desafios que o campo ST enfrenta é como utilizar o conceito de processo de trabalho nos estudos e investigações que envolvem justamente o setor terciário ou de serviços (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003) e, em particular, o trabalho em saúde. Depara-se, pois, com a necessidade de apropriar-se dos processos de trabalho do setor de serviços, até porque é neste espaço que está alocado, hoje, o maior contingente da força

de trabalho no Brasil. Tal apropriação será instrumental e estratégica para o maior conhecimento do que ocorre tanto no trabalho em saúde como em educação.

Ainda do ponto de vista conceitual, a base teórica para a investigação sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, nos dias que correm, deve situar-se nos marcos da reorganização do trabalho de cunho neoliberal à qual são submetidos hospitais e outros serviços de saúde e que tem como marca um

(...) novo paradigma (...) de reorganização flexível do trabalho. (...) iniciado nos anos 80 como resultado do projeto político neoliberal e de suas máximas de desregulamentação, liberalização e privatização, [o que] implicou na colonização mercantil de diversas organizações (hospital, universidade etc.) tradicionalmente autônomas em relação à economia política de mercado, à ética do negócio, à pragmática da gestão flexível do trabalho, à retórica da produtividade, competitividade e rentabilidade, ao cálculo de custo-benefício e à axiologia da livre concorrência, da qualidade total, do lucro individual e do negócio privado. (BLANCH; STECHER, 2009, p. 1, grifos nossos).

Aqui, o conceito de capitalismo organizacional ajuda a dar conta de outros aspectos envolvidos na relação

Trabalho-Saúde, como os processos de subjetivação e objetivação no trabalho em serviços de saúde, quando se busca analisar a reorganização de tais espaços sob a influência do novo modelo de gestão da coisa pública (BLANCH; STECHER, 2009). Baseado nestes autores e considerando a gestão do trabalho no nível micro, entendemos como objetivação o processo de institucionalização de um novo modelo organizacional mercantil, ou seja, a colocação em prática, pelo new management, de uma plêiade de dispositivos, códigos, normas, procedimentos, tecnologias e práticas estruturais nas organizações de saúde e educação o que vem acompanhado de sua naturalização, ou seja, a construção, através do discurso gerencial, de um 'novo' modelo de organização que pertencente à ordem da natural e, portanto, apresenta-se como uma realidade necessária, imutável e inquestionável.

Ainda segundo aqueles autores, entende-se por subjetivação processos de construção de subjetividades em que a experiência de trabalho, tanto na saúde como na educação, agora são reorganizados de maneira empresarial inculcando nos trabalhadores formas diversas de pensar, sentir e atuar com relação a si mesmo, às demais pessoas e ao mundo. Isso cria uma dinâmica pela qual cada indivíduo constitui-se num tipo particular de sujeito mediante sua inserção, sujeição e mesmo submissão a um modo específico de ordenamento sócio-simbólico. Ou seja, o indivíduo se submete a uma forma particular de configuração histórica de relações saber-poder, atingindo também sua atividade individual e coletiva

no que se refere à apropriação reflexiva, à ressignificação e à sua capacidade de resistência para com as determinações que, no final das contas, o constituem por viver em sociedade. Trata-se de impregnar nas subjetividades pressupostos de que todos têm os mesmos objetivos, os quais coincidem com os da organização, agora vista como uma empresa.

Assim, ao buscar-se transpor a categoria processo de trabalho para o estudo e a compreensão do que representa o trabalho no setor de serviços e, particularmente, do trabalho em saúde, alguns alinhamentos conceituais devem ser feitos, adotando-se reformulações teóricas para se pensar como se dão as relações entre Trabalho e Saúde nas atividades de saúde.

Em primeiro lugar, é necessário considerar que a organização do trabalho no setor de serviços apresenta algumas características que a identificam por relação ao trabalho industrial. São estas: a simultaneidade, a co-produção e co-presença (MEIRELES, 2006). Tais características são particularmente marcantes no trabalho em saúde.

A noção de simultaneidade pode ser uma ferramenta central para o entendimento e a abordagem do trabalho em serviços, mediante estudos empíricos, na sua relação com a saúde, dado que ocorre o consumo do cuidado e das ações de saúde ao mesmo tempo em que são produzidos, colocando diretamente em contato trabalhador de saúde e o consumidor/clientela, conformando aquilo que é chamado de co-presença, o que pode exercer pressão no tempo de produção de tais ações e serviços, como se observa na fila dos caixas de bancos ou dos serviços de saúde, por exemplo.

Daí deriva outro conceito importante para refletir acerca daquela relação, o de coprodução, já que na produção flexível o que importa não é mais a produção em escala, característica do fordismo/taylorismo, mas sim a produção acoplada às demandas e necessidades da clientela, situação esta que, no caso dos serviços, depende basicamente da postura do cliente/consumidor e de como o trabalhador lida com essa premência.

Frise-se que a coprodução tem como “subproduto” o autosserviço em que o consumidor/cliente age sobre (no) processo de trabalho, o que traz como consequência a queda do número de postos de trabalho, sendo que no caso dos serviços de saúde, o chamado autocuidado ou responsabilização pelo cuidado é uma das expressões desta realidade. É importante também salientar que nos serviços interfere sobremaneira a emoção e sua “administração”, o que traz importantes efeitos para a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde. (LACAZ; SATO, 2006).

A NOÇÃO DE QUALIDADE [DE VIDA] N(DO) TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

A discussão sobre a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde é, de certa forma, recente, podendo ser situada nos anos 1990.

Sabe-se que a perda da saúde dos trabalhadores que atuam em hospitais é decorrente da impotência diante de

uma estrutura hierárquica centralizadora e da alienação pela dificuldade, ou até mesmo impossibilidade, de atuar de forma criativa nas relações de trabalho do cotidiano. Isso é consequência dos limites restritos que a organização do trabalho impõe à utilização de seu saber, Causando sofrimento e desgaste, o que já foi relacionado no bloco anterior por referência à micropolítica. Ademais, a sobrecarga de trabalho, particularmente por parte dos enfermeiros, expressa no alto absentismo, desdobra-se no aumento de horas extras, criando um círculo vicioso de maior desgaste. A isto se soma o papel dos Serviços de Medicina do Trabalho existentes nos serviços de saúde, que atuam de forma curativa e individual, abstraindo a verdadeira causalidade dos problemas de saúde, tendo uma atuação apenas paliativa, não interferindo determinação e hierarquização de suas reais causas.

Além disso, a precariedade das informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores em saúde e a não existência de registros apropriados, o que é uma marca dos serviços públicos de saúde, contribui para colocar uma cortina de fumaça sobre o conhecimento dessa realidade, o que leva, na maioria das vezes, à tomada de decisões e ações que causam pouco impacto a tais organizações.

Finalmente, é importante contextualizar a discussão, atentando para uma questão intimamente relacionada à temática: em tempos de reestruturação produtiva neoliberal globalizada, o não cumprimento de regras de proteção social ao trabalho é um elemento cada vez mais observado e que deve ser ressaltado. Pode-se afirmar que tal realidade é

mais presente no setor secundário da economia, mas também é observada no setor de serviços, inclusive de saúde. E, aqui, configura-se uma contradição, particularmente no caso do SUS, no qual a flexibilização e a precarização de direitos e vínculos não se exprime através do desemprego estrutural, na medida em que tal sistema é um forte indutor de emprego, apesar de que uma parte importante da força de trabalho que atua no SUS – entre 30 e 50% dos empregados – não é coberta por esses direitos, o que mostra uma realidade perversa criada e sustentada pela administração pública (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2005) e ainda pouco conhecida da sociedade.

É importante ressaltar que estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2001/2002 mostrou percentagem ainda maior de precarização, que chegava a 80%, particularmente de algumas categorias profissionais que atuavam no Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2003).

Diante disso, pode-se dizer que, potencialmente, os agentes do trabalho em saúde, representados nas várias categorias profissionais que compõem a multi-profissionalidade bem como os aportes teórico-metodológicos interdisciplinares, ao serem operados por tais agentes pela mediação dos diversos saberes, poderão construir outros saberes que possibilitem o exercício da intersubjetividade na interação entre profissionais e também entre estes e a população usuária dos serviços de saúde (MERHY, 2002). A multiprofissionalidade é aqui tomada como um conjunto de profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde, isto é, no exercício do trabalho cotidiano, constituindo

uma equipe. Para entender sua atividade, ela deve ser aprendida como uma interação entre os vários profissionais com o objeto, os instrumentos e o trabalho em saúde em si, com uma direcionalidade que é dada pelo processo de trabalho. Diante disso, na abordagem/estudo do papel da equipe multiprofissional, como já foi dito anteriormente, é necessário considerar a divisão social e a divisão técnica do trabalho, a valorização dos trabalhos especializados, a autonomia técnica dos profissionais e a responsabilização pelas atividades clínicas individuais e de saúde coletiva, aos projetos dos profissionais da equipe e a interação/comunicação entre eles e deles com os usuários dos serviços. A isso se agregam as relações de poder entre os diversos profissionais inseridos na produção de cuidados em saúde, as quais permeiam e compõem tais relações.

Considerando-se, então, as dimensões da organização do trabalho em saúde e buscando dialogar com o espaço da micro e da macro políticas, assumem relevância para a saúde dos trabalhadores em saúde a questão da hierarquia, da autonomia de decisão, da responsabilidade, da sobrecarga e das relações de poder dentro da equipe que podem ou não propiciar o surgimento de relações intersubjetivas protetoras ou nocivas à saúde desses trabalhadores, o que se expressaria no alcance da qualidade de vida no trabalho ou não (LACAZ, 2000).

Aqui, é pertinente apontar que esta abordagem da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) comporta várias definições do termo. Ora associa-se às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto;

ora aos aspectos econômicos, como o salário, incentivos, abonos; ora a fatores de saúde física e mental e segurança e, em geral, ao bem estar daqueles que trabalham. Em outros casos, considera-se que pode ser influenciada por aspectos psicológicos como já foi dito, tais como o grau de criatividade, de autonomia, de que os trabalhadores podem desfrutar, ou, ainda, de elementos organizativos e políticos que envolvem a quantidade de controle pessoal sobre o seu próprio posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercer no ambiente de trabalho em que atuam.

Numa realidade em que o trabalho é dito de caráter imaterial, como é o caso do trabalho em saúde, em que as relações intersubjetivas exigem grande doação seja à clientela, seja para garantir harmonia de trabalho entre as equipes, quando tais requisitos se rompem ou não são atingidos, prevalece o adoecimento relacionado à esfera mental, às doenças cardiocirculatórias, psicossomáticas e gastroclicas, cuja causalidade é mais complexa e de difícil determinação; ao lado de agravos relacionados ao esforço e à postura como lombalgias, varizes, além dos acidentes do trabalho com instrumentos perfurocortantes.

Neste sentido, para Dejours (1987), o trabalho torna-se estressante quando interfere nas necessidades individuais de satisfação e realização, daí a importância dos elementos psicossociais e a forma como podem influir no bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Em geral os elementos geradores de estresse patológico no trabalho compõem três categorias: exigências do trabalho/atividade;

fatores organizacionais e condições do ambiente de trabalho. No que se refere às exigências, é importante considerar os trabalhos pesados e que duram longas horas (associadas às doenças coronarianas), bem como as mudanças de turno que se associam aos distúrbios do sono, gastrointestinais, emocionais e à maior frequência de acidentes do trabalho. O mesmo deve ser dito quanto aos elementos organizacionais que se relacionam à complexidade e à responsabilidade exigida pelo trabalho, ao significado das tarefas e à postura das chefias, o que inclui a possibilidade de participação dos trabalhadores nas decisões e é influenciado pela falta de apoio e reconhecimento dos superiores, pela ausência de reconhecimento e de promoções, pelas incertezas sobre o futuro de trabalho e pelas relações intersubjetivas fracas, seja com os colegas da equipe de trabalho, seja com os superiores e subordinados. (LACAZ *et al.*, 2010)

Quando se procura articular QVT com a gestão do trabalho, assumem relevância as tecnologias e seu impacto para a saúde; o bem-estar no trabalho que se relaciona diretamente com o nível salarial; à criatividade e autonomia, ou seja, o grau de controle e poder que o coletivo de trabalhadores tem sobre as condições, ambientes e organização de seu próprio trabalho. A isso se soma a possibilidade de gestão participativa real que está vinculada a espaços negociais entre trabalhadores e gestores; à discussão democrática e coletiva visando superar a abordagem de cunho individual dos programas de qualidade de vida no trabalho e a gestão participativa de iniciativa da gerência ligada à intensificação do trabalho; à precarização dos contratos, relações e direitos no trabalho.

Do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde no SUS e sua relação com a QVT, ganha importância o estatuto dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), os quais preconizam a capacitação e educação permanente; mesas de negociação para subsidiar o processo decisório e de representação; formas de contratação e ingresso, progressão, fixação e critérios de avaliação de desempenho (LACAZ *et al.*, 2010).

Analisando-se a matriz abaixo (Quadro 1), na perspectiva de gestão pública do trabalho em saúde, vê-se que incorpora aspectos fundamentais relacionados à QVT, isto é: forma de ingresso mediante concurso público; gestão partilhada da carreira entre gestores e trabalhadores; programa institucionalizado de qualificação na perspectiva da educação permanente; programa de avaliação de desempenho; compromisso solidário pela qualificação dos serviços de saúde; possibilidade de equivalência e mobilidade pelas três esferas de governo; critérios de progressão e promoção e plano de desenvolvimento de pessoal (BRASIL, 2006c).

Dos oito municípios estudados, apenas três tinham PCCS aprovados após 2006, a saber: Campinas, Guarulhos e São Paulo. Ademais, é importante assinalar que, para assinatura do Pacto de Gestão, era exigência que os municípios tivessem PCCS para os trabalhadores da saúde aprovados (BRASIL, 2006c).

Se a potencialidade dos PCCS como instrumento de regramento da vida funcional dos trabalhadores do SUS já era preconizada na própria Lei 8080/90, a pesquisa já citada de por Lacaz e cols. (2010) demonstrou que tal estratégia não foi

adotada de forma cabal, na medida em que dos oito municípios analisados (São Paulo, Guarulhos, Campinas, Marília, Ribeirão Preto, Santos, São José dos Campos, Amparo) somente os três primeiros adotaram tal procedimento, apesar das várias lacunas observadas na sua adoção.

Quadro 1. Diretrizes Nacionais para Instituição de PCCS no Âmbito do SUS

princípios (PCCS-SUS)	diretrizes (PCCS-SUS)
ano de publicação	2006
1 universalidade	todos os trabalhadores
2 concurso público	única forma de ingresso
3 gestão partilhada de carreira	comissão paritária de carreira (formulação e gestão)
4 educação permanente	programa inst de qualificação (validação pela CPC)
5 avaliação de desempenho	prog. Inst avaliação de desempenho
6 compromisso solidário	pela qualidade do serviço
7 flexibilidade	adequação à dinâmica do SUS
8 equivalência	nas 3 esferas de governo
9 mobilidade	nas 3 esferas de governo
cargos/empregos	1. assistente em saúde (educação básica) 2. especialista em saúde (ensino superior)
classes	1. A (fund incomp) B (fund comp) C (médio comp) D (técnico) 2. E (sup comp) F (espec/resid) G (mestrado) H (dout)
progressão	mérito e tempo de serviço
promoção	interstício e formação/ exper profissional
plano desenvolv pessoal	1. Prog Inst de Qualificação (PIQ) 2. Prog Inst Aval Desempenho (PIAD) PIQ - integração novos funcion / condições p/ qualificação qualificação e estímulo para crescimento profissional PIAD - atividades validadas pela Com. Parit. de Carreira (CPC)

Fonte: BRASIL, 2006c.

Considerando que as questões aqui colocadas têm como pano de fundo a noção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) a partir de um viés que coloca como aspecto central para que seja atingida a referida qualidade a noção de controle que os coletivos de trabalhadores devem ter sobre seus processos de trabalho (LACAZ; SATO, 2006), postula-se, então, que tais referenciais e abordagens podem fazer avançar a profundidade dos estudos nesta área, questão central para se entender, inclusive, os desafios colocados para a qualidade da atenção na rede de serviços do SUS.

E, falando-se de QVT, é importante considerar sua historicidade quando se transita dos anos 60 do século passado aos anos 2000 do novo século. Na verdade, esta temática surge com força no final dos anos 1950, quando se relaciona com as experiências de trabalho vivenciadas por trabalhadores na perspectiva de uma produtividade por eles regulada (LACAZ, 2000).

Mais recentemente, a discussão da QVT a partir dos anos 1980 também se relaciona com a globalização neoliberal, a qual passa a influenciar a visão da QVT, quando busca dar conta de questões relacionadas à produtividade, mas agora articulada com a qualidade do produto, a competitividade, envolvendo a motivação e o pertencimento à empresa como algo intrínseco à produção capitalista, ao que se soma a saúde no trabalho, envolvendo aspectos relativos a formas diferenciadas de organização do trabalho e a novas tecnologias de gestão do trabalho (LACAZ, 2000).

Esse enfoque vai ser a tônica também dos anos 1990 e 2000. A ‘novidade’ desta abordagem relaciona-se com o esgotamento da organização do trabalho taylorista/fordista que se associou ao aumento do absenteísmo, ao mal-estar no trabalho e a não aderência dos trabalhadores às metas definidas pela gerência (ANTUNES, 1999). Agora, o modelo japonês, calcado na experiência da Toyota, o toyotismo, é o novo paradigma de organização do trabalho a ser implantado.

Saliente-se mais uma vez, que a QVT está intimamente relacionada à questão de fundo eminentemente político que é o controle que o trabalhador coletivo consegue conquistar sobre seu próprio trabalho, e não é por acaso que esta visão foi incorporada pela própria Organização Internacional do Trabalho (OIT) quando lançou no hoje distante ano de 1976 o Programa Internacional de Melhoramento das Condições de Trabalho (PIACT). Historicamente, nos anos 1970 a noção de QVT relacionava-se com a luta reivindicatória dos trabalhadores organizados pela melhoria de condições, ambientes, organização do trabalho, visando maior satisfação no trabalho, o que também repercutia na produtividade. Esta postura foi influenciada pelo movimento originado a partir do chão de fábrica especialmente na Europa, em que a “gestão participativa” e a “democracia industrial” são ideais a serem perseguidos e garantidos. Influenciado por esta realidade, em 1976, a OIT lança o PIACT, o qual preconizava a melhoria geral de vida como aspiração da humanidade, melhoria esta que não poderia ser barrada no portão da fábrica, o que

tinha como pressuposto a participação dos trabalhadores nas decisões relativas à sua vida e às suas atividades profissionais (BAGNARA; BIOCCA; MAZZONIS, 1981; ROUSTANG, 1983). Esta temática vai se estender à busca da garantia das conquistas obtidas na luta pelo Estado de Bem Estar Social, inclusive com reflexos até os dias atuais nos países da Europa como França, Alemanha e Inglaterra e Itália (BORÓN, 2000).

Questões para discussão do quarto bloco temático (Sobre o trabalho em saúde e Qualidade de Vida no Trabalho)

- Considerando a categoria processo de trabalho, que aspectos são centrais para se pensar sua aplicação ao estudo e compreensão do trabalho em saúde?
- O que se entende por simultaneidade, co-presença e coprodução e como podem impactar o trabalho em saúde e a saúde dos trabalhadores?
- No que diz respeito à gestão da força de trabalho, são consideradas importantes mudanças as que atingem os estilos de direção, interferindo na hierarquia, na participação nas decisões, nos processos internos de comunicação, na busca por favorecer um melhor clima organizacional. De que forma estes aspectos dialogam com a ideia de QVT aqui apontada?
- Neste sentido, como avalia medidas que buscam mudanças de estilos de vida dos trabalhadores e que são adotadas como sinônimo de QVT?

- Do ponto de vista de um maior protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde, o que consideraria mais prioritário numa ação coletiva a ser colocada em prática nos locais de trabalho pelos próprios trabalhadores?
- Qual poderia ser a contribuição dos órgãos de representação nas lutas por condições de trabalho que considerem as necessidades dos trabalhadores visando a preservação da saúde e a QVT?
- Qual poderia ser o papel dos Serviços de Medicina do Trabalho na perspectiva da construção de uma política de prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive buscando investigar sua causalidade e formas de prevenção e de controle?

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BAGNARA, S.; BIOCCA, M.; MAZZONIS, D. G. Trends in Occupational Health and Safety Policy in Italy. *International Journal of Health Services*, Baltimore, v.11, n.3, p. 431-450, 1981.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, J. A. C. Processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BLANCH, J. M.; STECHER, A. La emprezarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades e hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de uma investigación iberoamericana. *Ponencia*. Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo, 6. Montevideo, Uruguay, agosto de 2009. Mimeo.

BORÓN, A. Os “novos Leviatãs” e a *pólis* democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Orgs.) *Pós-neoliberalismo II: Que Estado para que democracia*. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 7-67.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria prática. In: ORTIZ, R. (Org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983. p.46-81 (Grandes Cientistas Sociais, 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação Nacional do Programa de Saúde da Família – 2001/2002*. Brasília, DF: MS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes Nacionais para Instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no Âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto da Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 108 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-167, 2000.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saude Publica*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.863-870, 1998.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

_____. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria de Thereza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARVALHO, L. C.; FEUERWEKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Disputas em torno a los planes de cuidados en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v.3, n.3, p.489-506, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v.9, p.161-177, 2005.

CECILIO, L. C. O. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo*. 2007. Tese (Livre-Docência) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, p. 345-363, 2007.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.

DONABEDIAM, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Northfield, v.114, n.11, p.1115-1118, 1990.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.T. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

DONNANGELO, M. C. F; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EARDWORTH, R. *Nietzsche*. São Paulo: Estação Liberdade, 2003.

FIEDLER, R. C. P. A teoria da ação comunicativa de Habermas e uma nova proposta de desenvolvimento e emancipação humana. *Revista da Educação*, Guarulhos, v. 1, n. 1, p. 93-100, 2006.

FOUCAULT, M. *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GIDDENS, A. *Novas regras do método sociológico: uma crítica positiva das sociologias compreensivas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador*: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde*: conceitos, dilemas e críticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 109-139.

LACAZ, F. A. C *et al.* Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 253-263, 2010.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, n. 2, p. 7-25, 1982.

LAURELL, A. C. (Coord.) *Para la investigación sobre la Salud de los Trabajadores*. Washington: OPAS, 1993.

LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social*: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MARX, K. *O Capital*: Crítica da Economia Política. Livro Primeiro. O processo de produção do Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2006.

MERHY, E. E. *Saúde*: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press, 1980. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, 1).

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento

sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 125-136, 2003.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. *Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2).

PASSOS, E; KASTRUP, V; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Organizado por Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PAULA, A. P. P. Administração Pública brasileira: entre o gerencialismo e a gestão Social. *Revista de Administração de Empresas*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, jan/mar 2005, p 36-49.

ROCHER, G. *Talcott Parsons e a sociologia americana*. São Paulo: Francisco Alves, 1976.

ROUSTANG, G. Os trabalhadores e a higiene e segurança na França. *Revista Internacional do Trabalho*, Buenos Aires, v.102, n.2, p.247-261, 1983.

SILVA JUNIOR, A.G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

VAN BALLEEN, R. M. L. *Sujeito e identidade em Nietzsche*. Rio de Janeiro: UAPÊ Espaço Cultural Barra; SEAF – Sociedade de Estudos e Atividades Filosóficas, 1999.

