

O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais

Governing tensions in the health action as a permanent challenge of some managerial strategies

Emerson Elias Merhy ¹

Abstract *In the current essay, the author tries to synthesize what has livened him up lately in relation to his thinkings over the act of governing health organizations having several articles and books as a starting point, taking as a challenge the attempt of imprinting changes in the everyday life of the making of health attention models, in the core of the workers practices, even when a great concentration of power is not noticed as for transformation feasibility. Therefore there is a search to understand how and where power may be produced. How to explore terrains of potencies within the health field which are present in the tensional conformation of its action territory, using the managerial tools which are available in the area of science and government techniques – in health. Use managed care to developed analysis.*

Key words *Health Management; Dealing with Changes; Everyday Management in Health*

Resumo *O autor procura sintetizar, neste ensaio, o que tem animado, recentemente, suas reflexões sobre o ato de governar estabelecimentos de saúde, em vários artigos e livros, tomando como desafio a tentativa de imprimir mudanças no dia-a-dia do fabricar os modelos de atenção à saúde, no interior das práticas dos trabalhadores, mesmo não tendo grande concentração de poder para a transformação, procurando então compreender como e por onde produzir poderes. Como explorar terrenos de potências no campo da saúde que estão presentes na conformação tensional de seu território de ação, fazendo-se uso das distintas ferramentas gerenciais disponíveis no campo das ciências e técnicas de governo, na saúde. Utiliza a atenção gerenciada para desenvolver certas análises.*
Palavras-chave *Gestão em Saúde; Governar Mudanças; Gestão do Cotidiano em Saúde*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13081-970, Campinas, SP, Brasil

Introdução

A construção da saúde pública, no século XX, foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes que se debruçam sobre o “fenômeno coletivo” da saúde e da doença e aqueles que se orientam para o terreno da organização e administração das ações de saúde. Ganharam notoriedade, no começo do século, as “escolas clássicas” que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública. O *fayolismo* permitiu construir um discurso sobre a cientificidade da ação administrativa na organização dos serviços de saúde, enquanto o *taylorismo* animou quem mais visava à construção das práticas sanitárias (Mascarenhas, 1948; Merhy 1987, 1997; Soraiber, 1993; Merhy & Onocko, 1997).

A expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e com o alargamento da ação estatal do bem-estar social, vivenciada amplamente após a Segunda Guerra, associada ao crescente interesse do capital no setor prestador de serviços de saúde, ampliou a presença das intervenções no terreno da administração. Tanto as tecnoburocracias estatais, quanto as do capital, viram-se diante da necessidade de construir competências nos terrenos da organização e administração das redes de serviços de saúde, como um todo. O tema da saúde invadiu vários campos disciplinares, e com certo destaque o da economia (Braga & Goes, 1981).

A consolidação efetiva do setor saúde, como um dos principais campos de ação do Estado e do capital, foi criando novas necessidades para o desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde. Administrar e/ou governar, tanto processos políticos implicados com a formulação e decisão sobre os caminhos a serem adotados, quanto processos de produção de atos de saúde, tornaram-se necessidades imperativas para ordenar as melhores “máquinas organizacionais”. Seja na ótica universalista e cidadã de um projeto social-democrata, seja na perspectiva mercantil e lucrativa do olhar do capital, a seus modos, todos exigiam mais e melhor competência neste novo território.

Os paradigmas da escola clássica da administração (Chiavenato, 1983), que sempre viveram certas dificuldades no plano da eficácia operacional no terreno da saúde, mostraram-se mais insuficientes ainda. Novos problemas foram colocados e novos rumos exigidos.

Com certa importância, destaca-se nestes últimos anos o impacto deste longo processo sobre a emergência de novos paradigmas gerenciais na saúde que estão atados de uma forma mais singular ao próprio terreno produtivo das ações de saúde (Gallo, 1985). Nos anos 80/90, vê-se a agenda dos gestores em saúde sendo ocupada por um debate sobre os novos paradigmas gerenciais a serem utilizados na saúde.

Todos estes processos de busca dialogam sobre um terreno similar: a natureza das especificidades do campo da saúde, seus impactos no âmbito dos processos organizacionais, seus modos de fabricar políticas, e as suas maneiras de gerar processos produtores de atos de saúde, desenhando os modelos de atenção.

Um dos grandes desafios que tem sido compreendido por uma parte dos autores brasileiros (Rivera, 1989; Campos, 1992; Mendes, 1993; Cecílio, 1994), nesta temática, refere-se à possibilidade de se atuar em um terreno de políticas e organizações, fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que se assentam em uma base tensional, que permite almejar a exploração de territórios de potências singulares a este campo de práticas sociais – a saúde, disparando-se a produção de novos locus de poderes instituintes (Guattari, 1992; Lourau, 1995), e que tornam as organizações de saúde lugares de instabilidades e incertezas permanentes, que possibilitam a construção de múltiplos projetos tecno-assistenciais.

Ao trabalhar a temática da micropolítica do trabalho vivo em saúde Merhy (1997), em concomitância com aqueles autores, traz à tona a possibilidade de se pensar mais amiúde esta temática, abrindo-se possibilidades sobre a gestão do cotidiano em saúde, terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde, aos processos de mudanças que permitem instituir novos “arranjos” no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

Pensar sobre esta “liga” ou dobra entre o instituído, lugar de poderes territorializados, e os processos instituintes disparados a partir desses locus de potências, é o que se visa aqui nesta reflexão sobre a gestão em saúde, prin-

principalmente considerando-se que qualquer perspectiva de mudança, ou está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído muito bem estruturado, e por isso de alto poder conservador, ou está calcado em estratégias que explorem as tensões-potências, para gerar novos desenhos territoriais (Guattari, 1990) e novas direcionalidades no agir em saúde.

O agir em saúde é sempre tenso e sua alma é a produção do cuidado individual e/ou coletivo

Em outros textos, o autor (1998a, b), já havia explorado a noção de que a grande questão que está colocada para os trabalhos em saúde, não é quanto às suas finalidades, que inquestionavelmente são tanto a de promover e proteger a saúde, individual e coletiva, quanto a de curar. Mas sim quanto ao modo de se conseguir isso, considerando-se que em última instância o que o trabalho em saúde produz é um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde.

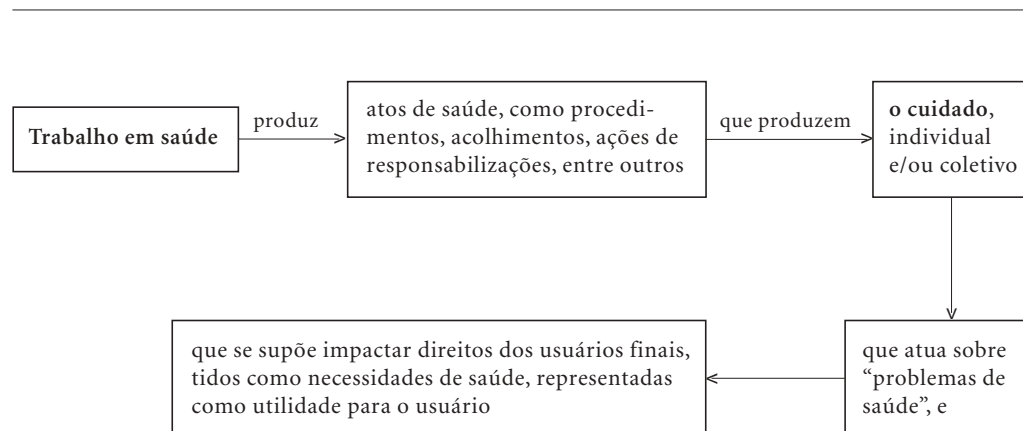
Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde, para produzir o cuidado, tem que primeiro produzir atos de saúde, e que esta relação em si é tensa. Produzir um procedimento é produzir um ato de saúde, mas isto pode ser feito dentro de um certo modo de cuidar, que não é necessariamente “cuidador”. Veja-se isto mais de perto, no diagrama abaixo.

Tal situação nem sempre permite a produção da saúde, pois esta implica que o processo produtivo impacte ganhos ou recupere graus

de autonomia no modo do usuário andar na sua vida. As produções de atos de saúde podem ser simplesmente *centradas em procedimento* e não nas necessidades de saúde dos *usuários*, e a finalidade última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado e ponto final, aliás, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil.

Ao se olhar com atenção os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais, vê-se que – além das várias ferramentas-máquinas, como raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o paciente, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário –, mobilizam-se intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber da enfermagem, do psicólogo, etc. O que permite dizer que há uma **tecnologia menos dura** que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denomino de **levedura**. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Reparando com maior atenção, vê-se também que, além destas duas situações tecnológicas, há uma terceira, que chamo de **leve**.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em



ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de possíveis complicitades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

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

Assim, é que aqui se fala que os processos de produção do cuidado – processos intercessores centralmente (Merhy, 1997) – expõem, entre várias dimensões das práticas de saúde, as tensões entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em relações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são o objeto e o sentido das ações de saúde.

Para quem almeja explorar as tensões-potências, constitutivas do campo da saúde, a fim de desenvolver novos poderes que possam demarcar uma direcionalidade para o modelo de atenção centrada nas necessidades dos usuários, não há como ignorar o desafio de intervir, no campo da gestão, para: a) produzir o cuidado em saúde de modo centrado no usuário – que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leveduras – sem jogar fora a utilização dos processos de produção de procedimentos – mobilizador de tecnologias duras e leveduras e, em regra, centrada no profissional; b) produzir o cuidado em saúde, que está sempre inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações, sem eliminar o exercício privado das produções intercessoras, base de constituição de qualquer

ato de saúde, mas tomando o território particular do usuário como eixo de “publicização” dos outros; c) atuar em ambientes organizacionais, assentados em muitos grupos de interesses, pactuando o do usuário, como se fosse de todos, em modos coletivos de expressão das várias intencionalidades.

Sem dar uma resposta direta e que possa ter uma certa “cara” de receita para as ações necessárias ou possíveis, procura-se neste texto aprender mais detalhadamente sobre estas situações no fabricar cotidiano dos modelos de atenção à saúde, ao nível dos serviços, explorando suas tensões constitutivas.

A gestão do cotidiano em saúde: as tensões constitutivas do seu agir e suas presenças no dia-a-dia do fabricar as práticas

Muito esquematicamente, pode-se dizer que todo o conjunto das ações de saúde operam em um terreno de base tensional, constituído pelo menos em três campos. O primeiro é demarcado pelo fato de que o território das práticas de saúde é um espaço de disputa e de constituição de políticas, cuja característica é a multiplicidade, desenhado a partir da ação de distintos sujeitos coletivos, que conforme seus interesses e capacidades de agir, aliam-se e/ou confrontam-se, na tentativa de afirmar, ou mesmo impor, uma certa conformação de um bem social – a saúde – como objeto de ação intencional de políticas – portanto, como uma questão social – que lhe faça sentido, enquanto parte do seu universo de valores de uso (Braga & Goes, 1981; Campos, 1991), e como tal apareça como base para representar, de modo universal, o mundo das necessidades dos outros nos planos coletivo e individual.

Nesse espaço de ação de sujeitos sociais, que agem para produzir uma certa conformação das necessidades como foco de políticas de saúde, a multiplicidade dos atores envolvidos tem mostrado a impossibilidade de se ter, nas políticas instituídas, o abarcamento do conjunto dos interesses constitutivos do setor saúde, a não ser por pactuação social, expressa das formas mais distintas: por mecanismos mais amplos de envolvimento e negociação, ou mesmo por práticas mais impositivas e excludoras.

Tomar o foco dos usuários dos serviços de saúde, de certos trabalhadores e mesmo dos

governantes e sua tecnoburocracia, compõe uma base tensional e orgânica do jogo de interesses que dá direcionalidade para as políticas de saúde, e que estará sempre presente como um interrogador, em potência, dos arranjos instituídos a operar na cotidianidade das práticas.

O outro campo de constituição da lógica tensional de agir em saúde está delimitado pelo fato de que hegemonicamente a produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo em ato, que consome trabalho morto, visando a produção do cuidado (Merhy, 1998a, b).

A micropolítica deste processo produtivo, trabalho vivo dependente e centrado, dá-lhe características distintas em relação a outras configurações do ato de produzir, e cuja marca central é entendida como a de ser um processo de produção sempre a operar em alto grau de incerteza, e marcado pela ação territorial dos atores em cena, no ato intercessor do agir em saúde (Merhy, 1997).

Esta centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, define este como um espaço em aberto para exploração das potências nele inscritas, para a ação de dispositivos que possam funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações, que conformam as representações da saúde como bem social, e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado, nele presentes (Franco et al., 1998; Malta, 1998).

Por último, o mundo das próprias organizações de saúde forma-se como território tensional em si, pois se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional.

Esta condição, a de que em qualquer organização produtiva o autogoverno dos trabalhadores é constitutivo de seu cerne, no terreno da saúde está elevada a muitas potências. Nos serviços isto é muito perceptível, a partir do fato de que todos podem exercer o seus trabalhos vivos em ato, conforme seus modos de compreender os interesses em jogo e de dar sentido aos seus agires. A tensão entre autonomia e controle é sem dúvida um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que ambicionam governar a produção de um certo modelo tecno-assistencial.

Operar sobre as tensões-potências, na possibilidade de construir na saúde novos territórios de poder

Do ponto de vista do campo de ação no cotidiano dos processos concretos, vivenciados nos serviços de saúde, que são focos de atenção especial para os processos de gestão da mudança, apontam-se aqui três “efeitos” que se expressam no dia-a-dia dos serviços, conseqüências daqueles campos tensionados, e que devem ser “olhados” como lugares estratégicos alvos para operações-dipositivos, que podem disparar potencializações vitais na direção de novos processos de produção de saúde, e lugares a desafiar os paradigmas e as ferramentas que têm municiado os gestores da saúde.

Indicam-se os “efeitos” como vinculados aos processos de produção do cuidado, que são a base de expressão do núcleo missionário de qualquer serviço ou sistema de saúde, que por um lado, “refletindo” as tensões constitutivas dos agires em saúde, polarizam-se entre ser ou uma produção centrada em procedimentos, ou uma centrada no usuário; por outro, expressando o mesmo terreno tensional, também criam polaridade entre o exercício privado do ato produtor do cuidado de saúde e a possibilidade de sua captura por processos mais publicizantes; e, ainda por um outro, está assentado na ocupação das arenas institucionais por múltiplos agentes concretos que portam distintas intenções, no dia-a-dia dos serviços, e disputam permanentemente a direcionalidade das ações de saúde.

Estes três “efeitos” apontados marcam os grandes temas contemporâneos dos debates sobre as práticas da gestão, tanto para os que visam arranjos institucionais que permitam a estabilização de certos modelos de atenção, quanto para os que apostam na mudança destes. Ao seu modo, em qualquer uma destas direções, conservar ou mudar, procura-se criar estratégias de ação para impactar os exercícios privados dos profissionais, tornando-os mais controlados, produzindo com isso serviços mais centrados ou descentrados das óticas corporativas; atuar sobre as disputas que ocorrem cotidianamente, procurando impor controle sobre as mesmas e impor certos interesses particulares de alguns, como sendo universais. Um dos paradigmas gerenciais, que vem ocupando cada vez mais a agenda do debate entre os vários gestores e dirigentes de serviços de saúde, a atenção gerenciada (AG),

pode revelar bastante quanto a estas questões, particularmente no que se refere ao desmonte de uma ótica assistencial fundamentalmente centrada na corporação médica.

Aprendendo com a AG: da microdecisão clínica à microdecisão administrativa e a gestão cotidiana dos modelos de atenção

A AG toma como foco básico de sua intervenção o modo como o modelo médico-hegemônico construiu um certo agir em saúde, explorando a sua base tensional no cotidiano dos serviços e na construção de um outro modelo de atenção. Para isso, procura enfrentar a lógica privada da produção do cuidado à saúde, assentada nos exercícios mais autônomos que o trabalho médico adquire naquele modelo, impondo mecanismos gerenciais de captura que o publicizem.

Atua, também, sobre estes exercícios privados dos processos produtivos, em particular daqueles que estão no bojo da ação médica centrada no procedimento, microcontrolando os processos decisórios clínicos deste terreno profissional, que estão profundamente implicados com a absorção de tecnologias duras e com o crescente custo das intervenções em saúde. A AG explora muito criativamente, inclusive adotando várias ferramentas da saúde coletiva, a tensão-potência inscrita nos processos de produção do cuidado entre as suas dimensões produtivas centradas nas tecnologias leve e dura (Merhy, 1998a, b).

É muito amplo o tema em pauta, inclusive atual, em termos de investigação, o que dá uma certa provisoriade sobre algumas das análises que estão em voga, hoje, em torno do tema. Mas, para efeito do que se está desejando com este texto, é possível reflexivamente aproveitar-se do que vem sendo acumulado.

Em primeiro lugar, o grande confronto das estratégias da AG é com os modos de produzir o cuidado do modelo médico-hegemônico e de todos os indícios mapeados sobre as alternativas criadas pela AG para mudar o modelo de atenção que aponta para este eixo central de enfrentamento.

Em um relatório recente de pesquisa sobre a AG na América Latina (Iriart et al., 1995, 1997, 1998), há algumas informações que sintetizam o que vem sendo implementado em torno da gestão da mudança do cuidado, sob a

perspectiva da AG, e que serve para ilustrar, com mais detalhe, estas questões.

Como a AG governa a mudança?

Na busca de uma outra maneira de se produzir o cuidado à saúde, que não seja centrado no procedimento médico e que possa interessar aos detentores do capital financeiro da área da saúde, percebem-se ações estratégicas com a finalidade de a) criar um cenário de disputa entre quatro tipos de sujeitos coletivos para modificar os processos de regulação dos interesses no setor; b) ofertar um outro imaginário sobre o “bem social” saúde, visando a outras modalidades de representação das necessidades de saúde; c) substituir os microprocessos decisórios médicos, centrados na clínica, por outros baseados em razões econômico-administrativas, focando a modificação do modo como os processos médicos-clínicos, a partir do terreno das tecnologias leveduras, incorporam as tecnologias duras.

Para dar conta destas perspectivas, para desmontar no dia-a-dia as lógicas dos modelos médico-hegemônicos, a AG implementa uma quantidade significativa de intervenções, sob a direção das seguradoras de saúde, detentoras do capital financeiro investido no setor.

Em destaque, vale apontar a) uma forte atuação de um setor administrativo, que controla os processos microdecisórios das práticas clínicas e com isso a necessidade de superação do atual modelo “flexneriano” de prática médica, através da construção de mecanismos organizacionais, que ao controlarem a autonomia da ação clínica, possibilitam a junção baixo custo e produção de atos de saúde; b) a produção de um “pacote de ações básicas”, que visa a dar maior eficácia às intervenções sobre um certo “padrão de adoecer” de uma determinada população alvo, procura impactar o modo de se consumir “atos médicos” mais caros, além de procurar ter seu nível de saúde mais controlado e mantido; c) a procura da “focalização” destas intervenções em grupos específicos de consumidores, associados aos mecanismos de copagamento pelo consumo além do padrão estabelecido e que permitiria um controle empresarial mais efetivo sobre os custos das ações; d) a busca incessante da prevenção do sinistro “doença”, como demanda de serviços tecnológicos mais especializados, através da exclusão de grupos de alto

riscos e da ação adscrita sobre grupos populacionais de riscos controláveis ou evitáveis, segmentando explicitamente as intervenções; e) a constituição de um cenário composto por sujeitos coletivos, internos, definidores e centrais do setor saúde: os financiadores, os administradores, os prestadores e os usuários, que atuem de modos separados e com lógicas de regulações, uns sobre os outros, que imitam a imagem da competição pela “mão invisível do mercado”, no qual, apostam como fator de controle da qualidade e da eficiência do sistema, particularmente através das figuras de um administrador e de um consumidor inteligente, simbolizados como eixos centrais.

Diante destes destaques, pode-se afirmar que a AG persegue a constituição de um setor saúde francamente segmentado, por grupos populacionais específicos, que regulam suas relações como consumidores finais dos serviços prestados, através da presença de intervenções econômico-financeiras, orientadas por administradores dos prestadores de serviços de saúde, financiados pela captação via empresas seguradoras.

A saúde neste cenário é entendida como um bem de mercado, referente a cada agente econômico por um tipo de racionalidade.

Para o consumidor final: como uma necessidade básica colocada em risco pelo seu próprio modo de viver a vida, a ser mantida com a compra de um certo bem de serviço, que ele identifica como capaz ou de lhe evitar problemas, ou de solucioná-los, devolvendo-lhe capacidades de andar no seu viver, e cujo parâmetro de análise, para avaliar a qualidade do que consome, é a sua satisfação como consumidor.

Para o prestador: como algo que lhe permite atuar como possuidor de uma “tecnologia” que pode vender através de uma relação mercantil com os administradores.

Para o administrador: como a possibilidade de atuar em um mercado de compras e vendas de bens, no qual pode operar com controle de custos de produção para obter vantagens com o preço de venda.

Para o financiador: como a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado por sua ação como comprador inteligente e como controlador da captação financeira.

A partir desta descrição, o que se esta buscando aqui é a percepção de que a AG desenvolve um conjunto de “tecnologias” para atuar no terreno das tensões-potências, constitutivas dos agires em saúde, conseguindo, com is-

so, produzir efetivamente um novo modelo de atenção, que desloca o lugar do trabalho médico, subordinando-o a uma outra lógica, mas sem perder a sua eficácia na capacidade de resolver certos problemas de saúde no plano individual e coletivo.

Mesmo que o conjunto destas intervenções seja em função dos processos de obtenção do capital financeiro, investido na área da saúde, o que se destaca é a produção de novas linhas de poder partindo-se da ação sobre certos lugares potências, constitutivos do território do agir em saúde, operando em última instância no fabricar cotidiano dos modelos de atenção, desmontando a lógica centrada nos procedimentos médicos.

Enfim...

A existência efetiva do trabalho vivo em ato como componente orgânico e instituinte permanente do processo de trabalho em saúde, sob qualquer que seja sua forma, “atrai” com uma certa particularidade muitos projetos de cunho “autonomista” de distintas inspirações.

A bibliografia não tem sido estranha a este fato, mesmo que em sua maior parte não o analise sob o ponto de vista que aqui está se apontando, nem mesmo os relatos das experiências vivenciadas junto a serviços de saúde deixam de destacar esta temática, particularmente quando percebem a importância da presença do autogoverno dos trabalhadores de saúde, no processo cotidiano de construção dos modos de intervenção no interior dos distintos serviços de saúde.

A percepção do conjunto das dinâmicas gerenciais no interior de um serviço de saúde revela que o exercício por todos os trabalhadores, em sua dimensão assistencial, em espaços próprios de gestão do seu trabalho, se articula com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram, enquanto certas linhas de satisfação de necessidades sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria organização.

Estas dimensões revelam como é crítico qualquer processo organizacional em saúde que procura operar sobre a dinâmica público e privado, se não perceber que esta é orgânica ao trabalho em saúde sob qualquer de suas formas, e não se reduz somente à temática da lógica do mercado, ou ao mau uso do processo de trabalho.

Dentro disto, torna-se um desafio a possibilidade de se pensar modelos organizacionais que permitam operar sobre a privatização dos processos decisórios em saúde, no sentido de publicizá-los sem necessariamente trocar uma privatização por outra, mas também sem aprisioná-los exclusivamente sob o comando de ações coletivas sobre as individuais, e sem perder o sentido final do trabalho em saúde que é o de defender a vida dos usuários, individuais e/ou coletivos, através da produção do cuidado.

Parece que estas problemáticas fazem-se presentes e são mal resolvidas no conjunto das estratégias adotadas pela AG.

Na perspectiva de criar mecanismos organizacionais que controlem os processos microdecisórios, a AG aponta para mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental entre meios e fins a partir de uma ótica exclusiva do controle de custos, mesmo que fale em um ótimo entre ação e resultado, pois não há objetivamente – a não ser a normatização sobre custos de procedimentos – parâmetros amplamente construídos que estabeleçam referências para os administradores do que é este ótimo (Waitzkin, 1994).

Neste movimento, em que um médico, por exemplo, para indicar uma tomografia teria que ligar para um telefone e receber um *ok* de um administrador, o processo privado ocupado pela racionalidade da medicina tecnológica, centrada em procedimentos, sob comando de alguns grupos médicos, seria transferido para o de alguns burocratas, mas dentro da ótica instrumental do modelo de atenção, estranha aos processos cuidadores, só que agora governada não mais pelo alto custo, mas pelo baixo.

O nó crítico deste processo, para um modelo SUS usuário centrado, torna-se como tornar pública uma dinâmica microdecisória, a tal ponto que os verdadeiramente interessados nesta possam, também, colocar suas razões em jogo. E, assim, este é um problema que passa a interessar a todo o conjunto do processo gerencial, tanto no plano da organização, quanto no processo de trabalho, que pede uma descaptura do trabalho vivo em ato, no plano da assistência como no da gestão, contemplando a razão do usuário, mesmo que ele não esteja ali.

E que razão pode ser esta, para estar ali como intenção a publicizar as microdecisões?

Considera-se como uma possibilidade pensar que no jogo do privado e público em tor-

no dos processos instituintes dos diferentes trabalhos vivos em ato no interior do processo de trabalho em saúde, a dimensão privada deste processo sob a visão do usuário é a que tem a capacidade de publicizar o conjunto dos outros e distintos processos privatizantes, como os dos trabalhadores médicos e administradores.

Publicizar, então, deve ser a possibilidade de permeabilizar os espaços institucionais no interior dos serviços de saúde, para que neles atue a força instituinte do usuário, mesmo que ele não esteja fisicamente ali. Em sua racionalidade instrumental os usuários procuram, ao consumir produtos do trabalho em saúde, pelo menos serem acolhidos neste processo ao ponto que na dinâmica do mesmo haja um momento em que se possa escutá-los nas suas manifestações – necessidades, que permitam sua expressão do que deseja buscar; ao mesmo tempo, que possibilitam o início de um processo de vinculação com um conjunto de trabalhadores, no sentido de que ali, em ato, se estabeleça uma relação de compromissos e responsabilizações entre saberes (individuais e coletivos), na busca efetiva de soluções em torno da defesa de sua vida, que envolvem atividades de promoção, proteção e recuperação, e que almejam em última instância ganhos maiores de autonomia (Canguilhem, 1971; Campos, 1991). Busca que é colocada para o conjunto dos aparatos institucionais e para o conjunto dos trabalhadores, mas que de fato realiza-se no ato dos processos intercessores, que se constituem entre usuários e trabalhadores de saúde em processos imediatos de atenção, tanto para a produção de ações individuais quanto coletivas.

Partindo desta lógica instrumental dos usuários dos serviços de saúde, mesmo admitindo suas distintas maneiras de se vincularem a este processo, pode-se perceber que é no interior do processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório que intervém neste contexto, modo operatório este do tipo de uma tecnologia leve, a tecnologia das relações intertrabalhos vivos em ato, que acaba por ser fundante da qualidade e do custo final da intervenção em saúde, pois nele está colocado o processo de captura do trabalho vivo por certos modelos tecno-assistenciais, como o da medicina centrada em procedimento.

Tomar os processos de gestão institucional deste universo tecnológico próprio do trabalho vivo em ato que permita submetê-los a processos de avaliações coletivas e colegiadas no

interior das equipes de trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, administradores e outros, no interior de serviços concretos, é colocar em debate o conjunto dos processos que definem a relação qualidade e custo das ações de saúde, tomando como centro desta avaliação os benefícios que o trabalho em saúde pode permitir para a qualificação da vida e da sobrevivência das pessoas adoecidas ou com risco de adoecer.

Portanto, as soluções apregoadas pela AG de trocar o processo microdecisório dos médicos pelo dos administradores, sofrem das mesmas interrogantes do ponto de vista do sentido do trabalho em saúde: é possível publicar o conjunto dos processos microdecisórios em torno do interesse privado do usuário, dirigido pela eficácia das ações em termos de processos mais acolhedores, vinculantes, resolutivos e autonomizadores?

Ao se olhar para a dinâmica de um único serviço, isoladamente, pode-se dizer que o mesmo deve, desde que inserido em um sistema regulado pela lógica da eficácia da assistência e centrado em um controle público pautado pelos interesses do usuário-cidadão, ordenar sua gestão em torno da busca de uma otimização entre recursos disponíveis e benefícios, cuja possibilidade operacional encontra-se em um rico universo de técnicas de gestão organizacional.

A AG com suas propostas de controle de custos das ações de saúde não permite a busca de uma efetiva reforma das práticas de saúde, mudando seus referenciais paradigmáticos em termos tecnológicos, que possibilitariam uma nova lógica na relação custo-qualidade (para além da simples conotação da eficácia como ser eficiente), que viabilizassem novas modalidades de trabalho em saúde, que pudessem dar conta inclusive da des-hospitalização da produção da saúde, alterando o padrão de incorporação de tecnologia na produção da assistência, sem necessariamente tomar como contraponto a cesta básica da atenção primária em saúde versus a atenção de alto custo, e amarradas à defesa implacável da vida individual e coletiva.

Neste sentido, os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos coletivamente pelo conjunto dos seus trabalhadores (Cecílio, 1994), articulados a uma rede de serviços

de saúde, regulada pelo Estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário (Merhy, 1998a, b).

Sem receitas para o SUS, mas com indicações

Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena.

Nesta busca de procurar governar os distintos processos inscritos no campo da saúde, marcados pela constitutividade daquelas bases tensionais, os distintos projetos têm de utilizar, nas suas várias estratégias gerenciais, como faz a AG, de explorar as potências implicadas no agir em saúde, procurando instituir novas modalidades de políticas e de construção do cuidado. Porém, qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular aquele território tenso e aberto do “fazer em saúde”, não há como não se experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado. Estes desafios, em síntese, expressam-se no terreno 1) dos processos de construção da legitimação de uma certa política, em um campo altamente partilhado e disputado; 2) dos mecanismos de captura dos autogovernos nas organizações, que não podem ser eliminados e; 3) no terreno das práticas, que procuram ordenar a produção de atos de saúde, que são sempre trabalho vivo em ato centrado.

E deste modo, seja no rastro da AG ou de qualquer outra experiência de mudança experimentada no SUS (Mendes, 1993; Cecílio, 1994), pode-se imaginar que os focos de intervenção no dia-a-dia do fabricar modelos de atenção usuário centrados estão sempre marcados pelas caixas de ferramentas que aumentam a capacidade de 1) governar arenas institucionais, atravessadas pelas multiplicidades dos atores em cena, com arranjos que se abram para as suas expressões e decisões; 2) publicar

o exercício privado do agir, sem matá-lo, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, e no reconhecimento da conformação multirreferenciada do campo da saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários, único ator que pode colocar seu foco privado para publicizar os outros, na constituição de um modelo descentrado da lógica dos meios; 3) produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras, com configurações tecnológicas do agir em saúde que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves; 4) não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal deste agir, que é a cuidadora por uma outra econômico-centrada, procurando organizar serviços focados nos núcleos cuidadores,

que otimizam o uso de procedimentos dentro de uma lógica usuária centrada; 5) operar a gestão cotidiana de modo partilhada, por problemas, como um dispositivo que explora o mapa cognitivo, o protagonismo do coletivo de trabalhadores em situação e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos “públicos”; 6) construir uma caixa de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre estes processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas.

Por isso, *não são quaisquer ferramentas de governo que permitem agir em um modelo, centrado no usuário, que visa a um novo modo de construir o cuidado e o forjamento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos.*

Referências

- Braga JC, Goes SG 1981. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. Hucitec, São Paulo, 226 pp.
- Campos GWS 1991. *Saúde Pública em Defesa da Vida*. Hucitec, São Paulo, 175 pp.
- Campos GWS 1992. *Reforma da Reforma Repensando a Saúde*. Hucitec, São Paulo, 220 pp.
- Canguilhem G 1971. *Lo Normal y lo Patológico*. Siglo XXI, Argentina, 270 pp.
- Cecílio LCO 1994. *Inventando a Mudança na Saúde*. Hucitec, São Paulo, 334 pp.
- Chiavenato I 1983. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. McGraw-Hill, São Paulo, 743 pp.
- Franco T, Silva WB, Merhy EE 1998. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde. O caso de Betim. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo).
- Gallo E 1985. *Razão e Planejamento*. Hucitec, São Paulo, 154 pp.
- Guattari F 1990. *As Três Ecologias*. Papirus, São Paulo, 60 pp.
- Guattari F 1992. *Caosmose*. Editora 34, Rio de Janeiro, 240 pp.
- Iriart C, Leone F, Testa M 1995. Las políticas de salud en el marco del ajuste. *Cuadernos Médico Sociales* 70: 5-21.
- Iriart CB, Waitzkin H, Merhy EE 1997. Managed Care. *Cadernos PROHASA* 3(1): 1-13.
- Iriart CB 1998. *A Atenção Gerenciada como Analisadora da Reforma de Saúde, na América Latina*. Relatório de Pesquisa, University of New Mexico, 140 pp.
- Lourau R 1995. El campo de coherencia del análisis institucional. *Cuadernos de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires* 2: 1-70.
- Malta DC 1998. Acolhimento – uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuária-centrada, p. 121-142. In CR Campos et al. (orgs.) - *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público*. Xamã, São Paulo.
- Mascarenhas R 1948. *Contribuição ao Estudo da Administração dos Serviços de Saúde Pública em São Paulo*. Tese de Livre-docência, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 454 pp.
- Mendes EV 1993. *Distrito Sanitário o Processo Social da Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec, São Paulo, 1993.
- Merhy EE 1987. *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Papirus, São Paulo, 134 pp.
- Merhy EE 1997. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), p. 125-142. In SMF Teixeira - *Democracia e Saúde a Luta do Cebes*. Lemos, São Paulo, 324 pp.
- Merhy EE 1998a. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, p.103-120. In CR Campos et al. (orgs.) - *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público*. Xamã, São Paulo, 387 pp.
- Merhy EE 1998b. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. *Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira*. Campinas, 20 pp.
- Merhy EE, Onocko R 1997. *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. Hucitec, São Paulo, 385 pp.
- Rivera FJU 1989. *Planejamento e Programação em Saúde: um Enfoque Estratégico*. Cortez/Abrasco, São Paulo, 222 pp.
- Scriber LB 1993. *Programação em Saúde Hoje*. Hucitec, São Paulo.
- Waitzkin H 1994. El dilema de la salud en EE.UU.: un programa nacional de salud o libre mercado. *Salud y Cambio Chile* 5(15): 24-38.