

O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado.

Túlio Batista Franco
Prof. Dr. Universidade Federal Fluminense

Emerson Elias Merhy
Prof. Livre Docente pela Unicamp

Introdução.

Este ensaio procura reunir evidências de que há uma produção subjetiva do cuidado em saúde, e a partir desta constatação formula a sugestão de que, os processos de avaliação qualitativa de serviços de saúde passem a admitir no seu plano analítico a subjetividade como uma das dimensões do modo de produção em saúde.

Parte-se do pressuposto de que os trabalhadores de uma mesma equipe de ESF agem de modo singular, na produção do cuidado, isto é, de forma diferente entre eles, mesmo que estejam sob a mesma diretriz normativa. Isso revelou que o processo de trabalho não segue um padrão, pois as práticas de cuidado se dão pela singularidade de cada um. Nesse cenário, as normas da ESF que têm como atributo padronizar as condutas dos trabalhadores, de acordo as regras ditadas para o funcionamento do Programa, influenciam a atividade dos trabalhadores, dentro de limites muito restritos, pois quando estes se encontram em situação de trabalho, na relação com o usuário, ele próprio em ato, no seu processo de trabalho, é quem define como este cuidado se realiza. Assim, a capacidade dos níveis gestores em influenciar a ação cotidiana de cada trabalhador é reduzida, e muito diferenciada.

Percebe-se que o modo de produção do cuidado se revela, de forma eficaz no âmbito da sua micropolítica, se houver um método que seja capaz de verificar o dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo. Este texto apóia-se inicialmente na produção teórica que informava sobre a subjetividade atuando na construção do *socius*, isto é, o microcosmo em que cada um está inserido, e onde opera micropoliticamente. Ao mesmo tempo verifica-se que para identificar a ação micropolítica é necessário um olhar especializado, vibrátil, o que é possível fazer com

base em certos instrumentos cartográficos. Estes têm sensores com um grau elevado de sensibilidade para o estudo e compreensão da realidade social, percepção dos fenômenos que a cerca e sobretudo a produção da vida no cotidiano, com base no protagonismo dos sujeitos em ato (Deleuze e Guattari, 1972, 1995; Rolnik, 2006; Osório, 2005; Kastrup, 2007).

A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social. Esta percepção segundo a qual os sujeitos na cena do trabalho, operam em fluxos de conexão entre si, é inspirada na idéia de Rizoma, usada por Deleuze e Guattari no primeiro volume do livro “Mil Platôs” (1995), e significa um movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo. Aparece portanto como movimento dinâmico, que opera em conexão entre diversos planos de existência e intensidades, os platôs.

O desafio da avaliação qualitativa segundo a dimensão subjetiva é o de aprofundar a compreensão da dinâmica micropolítica de cada trabalhador, para perceber como na sua singularidade eles produzem o cuidado no cotidiano, partindo do pressuposto de que há esta produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo.

Instrumentos Cartográficos aplicados à avaliação qualitativa do trabalho em saúde.

Preliminarmente os instrumentos cartográficos que serão discutidos mais à frente, estão pautados em três conceitos, os quais se considera que são constitutivos do método, ou, fundamentalmente compõem a cartografia, e lhe dá uma identidade conceitual. Os elementos em discussão são a tese do Rizoma como fluxos de intensidades, em conexões, a produzirem a realidade social (Deleuze e Guattari, 1995), o que parece ser o conceito fundante da idéia geral de cartografia; o Desejo como força

propulsora da ação dos sujeitos, significando a produção subjetiva do *socius* conforme propõem Deleuze e Guattari em *O Anti-Édipo* (1972); e por fim a teoria do Trabalho Vivo em Ato de Emerson Merhy (1997, 2002) como o eixo de tensão que produz as linhas cartográficas. Esses três conceitos, na cartografia que se pretende produzir, são imanentes entre si.

O Rizoma: cartografia em ato no processo de trabalho.

Uma primeira referência importante para pensar na cartografia como método de investigação, vem de Deleuze e Guattari, em especial na Introdução ao livro “*Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia; vol 1*” os autores discutem o Rizoma como dispositivo de produção da realidade social, tendo por base a ação dos sujeitos em conexões entre si e com o mundo, por fluxos de intensidades. Enumeram várias características de um rizoma, sendo:

“1º e 2º - Princípio de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo”; “3º - Princípio de multiplicidade: é somente quando o múltiplo é efetivamente tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação com o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo”; “4º - Princípio de ruptura a-significante: Um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma segundo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas”. “5º. – Princípio de cartografia e de decalcomania: Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo. [...] Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas”. (Deleuze e Guattari, 1995; págs. 15:22).

O rizoma opera tendo os Platôs como plataformas de produção subjetiva do meio social, de alta intensidade, e que se conecta com os planos sobre os quais a realidade se manifesta. Assim os platôs tomam um lugar importante nas cartografias, pois se constituem como lugar de potência na produção do mundo e da vida. Eis o que pensam os autores sobre os platôs:

Um platô está sempre no meio, nem início nem fim. Um rizoma é feito de platôs. Gregory Bateson serve-se da palavra ‘platô’ para designar algo muito especial: uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior. (Deleuze e Guattari, 1995, pág. 33).

O platô na microfísica do trabalho em saúde é antes de tudo um lugar de produção, e como tal, de encontros de intensidades que afetam os sujeitos que estão em situação de trabalho e cuidado, e o rizoma a sua cartografia em ato. O caráter múltiplo, heterogêneo, e de muitas entradas do rizoma, vai lhe dando porosidade, e ele é atravessado por diversas lógicas nos agenciamentos de construção da realidade social. Na sua cartografia não cabe julgamento de valor sobre a atuação dos sujeitos, mas busca-se compreender o seu funcionamento, na ação produtivo-desejante que empreendem na produção do cuidado. Por essa lógica, não há o mal ou bem, o bonito ou feio, mas subjetividades que estão capturadas por determinado território existencial e significam o mundo da vida conforme esse território. Assim esses sujeitos atuam conforme os planos de consistência que se formam na relação com o outro, na sua alteridade imediata e sempre em ato.

O encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um ao outro, e isto se dá por intensidades circulando entre as relações que se estabelecem entre dois corpos, entendendo-se como corpo, sujeitos em ação como trabalhador e usuário, ou trabalhador e trabalhador, mas também estes com as normas, saberes, instrumentos que configuram corpos no cenário do cuidado em saúde. Segundo Espinosa citado por Deleuze (2002), os afetos podem causar *alegria* ou *tristeza*, respectivamente aumentando ou diminuindo a potência dos sujeitos agirem no mundo da vida. No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente há um aumento ou redução da potência de agir.

O Desejo: força propulsora da ação produtiva do trabalho em saúde.

Uma segunda referência importante para o uso de instrumentos cartográficos diz respeito ao conceito de desejo que se encontra no pensamento fundante da esquizoanálise.

No livro “Anti-édipo: capitalismo e esquizofrenia”, Deleuze e Guattari (1972) travam uma luta conceitual, ao estilo das grandes epopéias, para afirmar a idéia segundo a qual, o desejo que se forma no inconsciente é energia produtiva e portanto, propulsora da construção da realidade social, pelo sujeito. Eis o que dizem os autores:

...o que salta logo à vista é que o objecto do desejo não são pessoas nem coisas, mas meios inteiros que ele percorre, vibrações e fluxos de qualquer tipo a que ele se une, introduzindo neles cortes, capturas, um desejo sempre nómada e migrante, cuja principal característica é o “gigantismo”: foi o que exemplarmente mostrou Charles Fourier. Em suma, tanto os meios sociais como os biológicos, são objecto de investimentos do inconsciente, necessariamente desejantes ou libidinais, que se opõem aos investimentos pré-conscientes de necessidade e interesse. (Deleuze e Guattari, 1972, pág. 305).

Segundo os autores, o desejo como produção tem a energia da invenção da realidade social, da criação de um novo devir para o mundo da vida, é revolucionário. O desejo é agenciamento, isto é, ele está sempre em atividade, produzindo o “real social” em toda dimensão da vida. Essa idéia se associa a uma outra, segundo a qual a produção do mundo se dá por subjetividades desejantes, que operam em fluxos, em conexão entre muitos campos de intensidades e dão formação a novos mundos que vão se constituindo no processo.

A força motriz de construção da sociedade é o desejo, que se forma em nível inconsciente, é constitutivo das subjetividades, que no plano social torna os sujeitos os protagonistas por excelência de processos de mudança. Estes mesmos sujeitos operam na construção e desconstrução de mundos, os territórios existenciais se modificam neste processo. “O desejo é da ordem da produção e qualquer produção é ao mesmo tempo desejante e social” (Deleuze e Guattari, 1972:308).

Um desejo *sempre nômada e migrante*, conforme nos dizem os autores, vai agenciando formação de mundos, e também a sua desconstrução. Esse processo é detalhadamente discutido por Rolnik (2006) quando ela revela os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, em se tratando aqui de territórios existenciais, e o modo como, certos acontecimentos agenciam mudanças na subjetividade, ocasião em que indivíduos ou coletivos de sujeitos se desterritorializam, o que significa mudanças estruturais no modo de significar e interagir com o mundo da vida. Isto se produz por força do desejo, isto é, ele é a força motriz de produção da sociedade, de novos modos de atuar no mundo, e de produção de novos sujeitos.

É assim que se produzem as cartografias. Percebemos até aqui que o Rizoma como fluxos contínuos, e o desejo enquanto força produtiva vão compondo uma idéia de formação cartográfica dos processos de produção do cuidado. Estamos até aqui buscando referência para um método de análise da produção do cuidado, que revela a ação produtiva dos sujeitos, enquanto singularidades, e seus agenciamentos na construção da realidade social do campo do agir no mundo do cuidado em saúde. O método deve procurar cartografar o plano visível e invisível dos processos de produção, com os sujeitos em ação, sendo impulsionados pela energia desejante. Para finalizar a composição do método sugerido, trazemos para esta discussão o conceito de Trabalho Vivo em ato.

No seu texto de 1997, “Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato”, Merhy recupera para a saúde coletiva o conceito e a potência do trabalho vivo, caracterizando-o como um processo agenciado por sujeitos, que traz em si o atributo da liberdade, criação, inventividade. Naturalmente que o processo produtivo da saúde é contraditório, e o trabalho vivo pode ser capturado pela lógica instrumental de produção do cuidado, o trabalho morto. Mas a importância deste conceito aplicado ao processo de trabalho em saúde revela a possibilidade que têm os trabalhadores, para operar seu trabalho em alto grau de liberdade, exercendo podemos assim dizer, um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva.

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disso é a criatividade permanente do trabalhador

em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas. (Merhy, 2002; pág. 61).

Ainda segundo o autor, o processo de trabalho em saúde é sempre relacional, e esta relação tem a característica do *interseção*, isto é, “... o que se produz na relação entre os ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro”. (Merhy, 2002; pág. 51).

Esse processo relacional é impulsionado pela liberdade imanente ao Trabalho Vivo em ato, e vai operando relações em fluxos de alta intensidade no interior do processo de trabalho. Estes fluxos fazem com que haja conexão entre os muitos trabalhadores, usuários, pessoas e coisas, que se colocam no plano do processo de produção do cuidado e são partes constitutivas do mesmo. Essa rede que se forma na informalidade do cotidiano em uma Equipe ou Unidade de Saúde, é como o rizoma, não tem começo nem fim, se conecta em qualquer ponto.

A liberdade constitutiva do Trabalho Vivo em ato, associado aos agenciamentos de desejo imanentes à atividade produtiva de cada trabalhador, vão produzindo a realidade social, inscrita no mundo do cuidado. O trabalho em saúde vai se produzir circunscrito a um determinado território existencial, que opera em um referencial ético-político no qual os trabalhadores adotam como “plano de consistência” entre ele e o usuário. Este plano de consistência se refere aos fluxos circulantes na relação que se estabelece entre trabalhador e usuário, e dizem respeito ao campo invisível do cuidado em saúde, os afetos que dão significado à relação trabalhador-usuário, e ao próprio cuidado que se realiza.

A Cartografia: produção subjetiva da micropolítica.

De acordo com Kastrup (2007):

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de

produção. De saída, a idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*. (Kastrup, 2007; pág. 15).

Importa reafirmar que essa produção da qual a autora fala, diz respeito à produção subjetiva da realidade social, impulsionada pelo desejo. Ora, ao produzir o mundo, se está sempre em relação com o *socius*, o que significa operar também e simultaneamente a produção de si mesmo. E essa produção de subjetividade se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no micro-cosmo, que de alguma forma chegam até o sujeito e impactam a sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de formação subjetiva do meio social e de si.

Trazendo para o campo da avaliação em saúde, temos como suposto de que o trabalho de análise extrai do mundo um conhecimento, que pode retornar para o mesmo meio social na forma da intervenção sobre a realidade, e mudanças que se processam no ambiente de interação dos próprios sujeitos que estão sendo analisador junto aos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que modificam o meio social, os avaliadores são também afetados pelo seu objeto, produz-se portanto um processo de subjetivação, isto é, neste caso uma produção de si. Como método de pesquisa, a cartografia provoca ao mesmo tempo análise e intervenção, pois reconhece o processo de produção de si e do mundo como algo simultâneo, legítimo e inexorável.

Rolnik (2006) utiliza da cartografia para análise do Brasil anos 1980. O livro em que publica esse trabalho traz uma primeira parte, em que a autora delimita o campo teórico no qual realiza seu estudo e na segunda apresenta a cartografia da conjuntura brasileira. No texto a autora na sua singularidade define assim a cartografia.

Para os geógrafos, a cartografia - diferentemente do mapa, representação de um todo estático - é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem.

Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o

desmanchamento de certos mundos - sua perda de sentido - e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago”. (Rolnik, 2006; pág. 23).

A autora nos diz dos processos de formação e desconstrução de territórios, entendendo-os como “territórios existenciais”, isto é, o que tem dentro de cada um, e define sua forma de significar e interagir com o mundo. Este agir diante da vida é singular, ou seja, de cada um, e por isto mesmo é múltiplo, pois temos sempre tantos mundos quantos são aqueles que o habitam. Trazendo para a discussão da produção do cuidado podemos imaginar que os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, podendo, por exemplo, ser territórios existenciais que significam como valor o Acolhimento, Vínculo e um cuidado-cuidador, ou por outro lado, pode ser o inverso. E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro. O fato do território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja, na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio, etc... vai produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, a ser construída. Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho.

Esse processo é intenso, dinâmico e tensionado por sucessivos e contínuos processos de mudança. A produção subjetiva da realidade social se dá através de movimentos de desterritorialização e territorialização dos próprios sujeitos que produzem o cotidiano, o funcionamento social. E nesse processo, os sujeitos operam em intensidades diferentes para cada movimento, podendo desterritorializar, o que significa romper com o lugar de origem e podem portanto adotar novos territórios existenciais, ético e politicamente identificados com a produção de uma nova realidade social; por

outro lado, podem não reterritorializar, retornando ao lugar de origem e assim não produzir mudanças sociais, eternizando um status conservador de funcionamento social. A desterritorialização pode se dar por “coeficientes” diferentes, respeitando uma certa gradação de sentidos para as rupturas a serem realizadas. Enfim, a autora vem nos revelar no percurso da sua cartografia, uma dinâmica de produção subjetiva da realidade, que revela os sentidos, a multiplicidade, a complexidade da ação humana no âmbito da micropolítica e sua expressão e construção social.

Em linhas gerais a cartografia é um método, mas ao mesmo tempo um anti-método porque não tem pretensão de verdade, não se propõe como modelo a ser seguido, e por isto mesmo sustenta a idéia de que há um método para cada objeto, ou seja, a cartografia é um método “ad hoc”. Isto porque tem como pressuposto de que é extremamente complexo uma avaliação de serviços de saúde revelar processos de produção de subjetividades, usando da observação de agenciamentos de desejo, de fatores de afetivação, de dispositivos coletivos de produção social, tendo como pressuposto que há uma produção subjetiva da realidade social. Sendo assim, a subjetivação produz novos territórios existenciais, e tenciona para a invenção de novos mundos, em um processo simultâneo de invenção de si mesmo (Kastrup, 2007). Entendemos que os instrumentos cartográficos têm sensibilidade suficiente para captar a realidade da produção do cuidado no seu formado mais próximo do real, perto do caos, nos encontros onde se produzem os fluxos de intensidades, a produção de afetos, as tecnologias que revelam a face organizada dos saberes aplicados à produção do cuidado, enfim, a cartografia possibilita adentrar o complexo mundo singular e ao mesmo tempo múltiplo do cuidado em saúde. Mas por outro lado, a realidade social pode se manifestar, não na produção, mas na reprodução, em processos de captura subjetiva dos sujeitos, em que a ética do cuidado está aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, pela repetição de sentidos, a desfiguração dos signos, havendo assim um borramento do campo de visão do “olho vibrátil”. É disso que a cartografia deve dar conta de analisar, seja no plano de intensidades de produção da vida, ou no plano de captura molar da existência.

Cartografando a Produção do Cuidado nas linhas do Trabalho Vivo em ato.

A construção do SUS foi um acontecimento que produziu grande impacto no conceito de saúde, do direito à assistência, imprimindo na vida cotidiana dos serviços de

saúde a idéia de cidadania. Trouxe à cena novos modos de trabalhar em saúde e, sobretudo a compreensão de que o cenário de práticas dos serviços é multiprofissional, e o cuidado se constrói sempre em relação com o outro, seja um trabalhador ou o usuário.

O SUS foi, portanto um acontecimento de grande impacto, capaz de disparar processos de subjetivação, isto é, produção coletiva de novas subjetividades. A subjetividade é social e historicamente construída, e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social. Queremos assim dizer que o encontro de um trabalhador individual ou coletivo com um acontecimento, como por exemplo, foi a construção do SUS, pode disparar nele a produção de nova subjetividade, ou seja, uma nova forma de significar o cuidado e interagir com a sua construção social, um “fator de afetivação”¹, isto é, algo que afeta os que estão presentes no cenário de impacto do SUS, e assim produz novas subjetividades com base nesse encontro.

O SUS se desenvolveu como produção teórica, prática e subjetiva, a partir do campo da vigilância à saúde. Este referencial instrumentalizado pela epidemiologia se produziu como um grande campo ordenador de experiências e modelagens de serviços de saúde, que se tornaram notórios no Brasil, como o de Sistemas Locais de Saúde (Paim, 2001), Distritos Sanitários (Mendes, 1994); Cidades Saudáveis (Ackerman e Mendes, 2006), todos eles vinculados ao campo da vigilância à saúde e com forte componente da Promoção à Saúde (Buss, 2000). Todos os cenários de produção do então recém-nascido Sistema de Saúde no Brasil, o SUS, a formação, as redes de serviços, a pesquisa e publicação na área, enfim, todos os segmentos são agenciados por aquele território de saberes e práticas, sobre o qual se edificou as bases para o sistema de saúde.

Por outro lado, na multiplicidade que são os campos que constituem a saúde, outro território de referência se constituiu também, e influencia a produção subjetiva na área, que é o modelo “anátomo-clínico” de estruturação dos saberes e práticas de saúde, tomando por base o relatório Flexner² (EUA, 1910) que foi o principal dispositivo para

¹ Sobre o “fator de afetivação” ver: Rolnik, Suely. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. UFRGS Editora e Editora Sulina, Porto Alegre, 2006.

² O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital (Nogueira, 1994, p. 92-93).

a reorganização dos referenciais de formação médica e das diversas profissões de saúde no século XX. Dado o avanço tecnológico e a tensão criada pelo complexo médico-industrial de organização de serviços com base no alto consumo de insumos, o modelo assistencial saído desta vertente foi assumindo a característica hegemônica de um cuidado mais voltado à “produção de procedimentos” (Merhy, 1998).

A vigilância e a clínica como campos de saberes e práticas conviveram lado a lado na construção do SUS, mas não de forma solidária, mas como campos opostos. Esta oposição não é natural, foi construída imaginariamente pelos idealizadores da reforma sanitária, isto é, os sujeitos que formularam para o campo da saúde, produziram uma divisão simbólica e discursiva entre o modelo “preventivista” originário do campo da vigilância à saúde, e o modelo “clínico” centrado nas práticas “curativas”. Obviamente que aqui se tem uma representação, que neste caso específico é associada à clínica flexneriana. Fazemos questão de ressaltar que não precisaria necessariamente significar isto, pois a clínica pode ter várias conotações e práticas diferentes e pode inclusive constituir vários campos. No entanto esta dicotomia se produziu principalmente porque clínica no caso da reforma sanitária foi associada ao modelo biomédico.

Essa falsa polaridade vigilância e clínica é transmitida pelos diversos dispositivos de construção do SUS, a formação, educação em saúde, regulação do sistema, protocolos de serviços, etc... e assim forma-se no âmbito da produção do cuidado uma subjetividade que opera coletivamente na produção de serviços altamente implicados com a promoção e prevenção da saúde, e por outro lado pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora. Esta quando existe opera centrada na lógica burocrática da programação em saúde.

Percebe-se que há na condução dos serviços de saúde uma lógica dada pela razão, os saberes constituídos, e por outro lado outra que opera pelas subjetividades formadas no contexto de construção do SUS. Se aquela é facilmente organizável, isto é, através dos protocolos e educação em saúde é possível produzir uma padronização dos procedimentos, o cuidado em ato é dado mais pelos afetos³ que circundam os encontros entre trabalhadores e usuários. Este cenário é determinado mais pelas singularidades e, portanto os modelos que aí operam podem ser tantos quanto são os sujeitos no encontro

³ Afetos aqui tem o sentido dado por Espinosa, e diz respeito à capacidade de afetar e ser afetado a partir do encontro. E o afetamento que traz positivities, “alegria”, produz maior potência de agir no mundo ou, se traz negatividades “tristeza”, produz menor potência. Citado em Deleuze, Gilles; Espinosa: filosofia prática. Editora Escuta; São Paulo, 2002.

entre si. É neste cenário marcado pelo caos que se produz de fato o cuidado, e abre-se para o agenciamento de novas práticas e a criatividade dos próprios trabalhadores.

O desenvolvimento do SUS produziu certos paradoxos que servem como analisadores do próprio modelo tecnoassistencial que se criou. Um problema-analisador é quanto à universalidade de acesso, pois inscrito como o principal princípio do SUS, os serviços ainda convivem com grandes esperas, filas e na maioria dos serviços dispositivos racionadores como a triagem, senhas para procedimentos, etc... Observa-se ainda processos de trabalho partilhados, embora haja um discurso do trabalho em equipe; saberes técnicos pretensamente onipotentes, mas pouco eficazes na satisfação das necessidades dos usuários; relações hierárquicas na equipe de saúde; enfim, as contradições revelam fortes estranhamentos nas redes de atenção à saúde.

O processo de busca pela superação deste cenário, no âmbito do caso brasileiro, foi se produzindo ao longo do tempo, inicialmente com o questionamento por diversos autores da saúde coletiva, de como vinham se constituindo os territórios de captura no campo. Como exemplo pode-se relatar sobre a medicalização da sociedade, isto é, a constituição no âmbito social de um pensamento centrado no modelo biológico e de uma construção dos serviços médicos em larga escala, com objetivo de expansão do mercado de trabalho médico, sobretudo após o advento da medicina comunitária nos EUA nos anos 1950/60 (Donnangelo, 1976). Importa informar também sobre a construção desta hegemonia no âmbito das instituições brasileiras, descrita por Luz (1981) como a produção de uma racionalidade médica hegemônica no estado e na sociedade.

O desenvolvimento do SUS se compõe de múltiplas formulações, e o tema da clínica passa a ser valorizado no âmbito da reforma sanitária, juntamente com a idéia geral de investimento na micropolítica dos processos de trabalho para a consolidação de processos de mudança na saúde. Estas formulações produzidas principalmente na década de 1990 por Gonçalves (1994); Cecílio (1994); Campos (1994); Merhy (1997) abriram um novo campo de investigação e intervenção sobre os cenários de produção do SUS como projeto técnico-político e construção subjetiva de uma dada ética do cuidado.

O SUS vai se formando, portanto com base em uma multiplicidade de saberes, ações, técnicas e políticas, compondo um cenário diverso e ao mesmo tempo rico de referenciais que se constituem como campos de aposta para a formação de determinado modelo tecnoassistencial. Estes esforços são sobretudo a expressão do desejos de coletivos de trabalhadores, formuladores de políticas e usuários, formados na esteira da

reforma sanitária e nos acalorados debates das mudanças estruturais vividas pelo Brasil e em particular pela saúde nos anos de 1980/90.

Vimos aqui que o desejo é o núcleo propulsor da produção social pelos sujeitos individuais e coletivos. Dão formação a subjetividades que é expressão de singularidades, ou seja, um modo singular de perceber e atuar no mundo em um determinado tempo e espaço. Pode, portanto modificar-se o tempo todo, e um mesmo sujeito pode expressar várias singularidades, dependendo do tempo-espaço ao qual ele está inserido e dos fatores de afetivação aos quais ele se expõe. Percebe-se a expressão do meio social como absolutamente complexa, dinâmica e identificada com multiplicidades. O SUS, portanto é expressão das formações diversas que lhe deram sentido: territórios marcados pela tradição da prevenção e promoção à saúde; clínica centrada na pesquisa biológica; processos de trabalho centrados no ato prescritivo e pouco relacionais; cuidados acolhedores; vínculos que se forma entre trabalhadores e destes com usuários, enfim há uma infinidade de agenciamentos que foram um cenário complexo de produção, mas ao mesmo tempo esta é a manifestação do mundo real, a sua expressão mais nítida, em as lentes que as interpretações da realidade têm o hábito de colocar, e muitas vezes, mascaram esta própria realidade, ou modificam a sua imagem.

Tendo por referência Rolnik (2006) o território existencial é um referencial que forma sentidos e identidades para o sujeito; e este é singularidades que operam no mundo da vida em geral. No caso da saúde podemos dizer que a produção do cuidado se dá sempre, com base em um trabalhador individual ou coletivo, que opera seu processo de trabalho tendo por referência seus territórios existenciais. O movimento de mudança na saúde pressupõe processos de desterritorialização, isto é, a ruptura com o velho território, e movimentos de reterritorialização, buscando novas identidades existenciais que vão pedir novas práticas de cuidado. A desterritorialização pressupõe agenciamentos, isto é, processos de mudança que são conflituosos, doloridos, e permeado por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com um “perder o chão”, morte de si, para a busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e produção.

No campo da saúde de forma hegemônica se estruturam cenários de um devir capitalístico⁴ da produção do cuidado, marcado por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos e alto consumo de insumos. A construção de um devir solidário para o SUS pressupõe a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas, que resignifiquem o trabalho em saúde e, sobretudo o cuidado. O agenciamento de desejos capazes de operar na construção de um novo SUS pressupõe o enfrentamento com os territórios atualmente estruturantes dos serviços de saúde, e, sobretudo a ruptura com seu devir capitalista e capitalístico.

Desde sempre há vários territórios sendo constituídos no cenário do Sistema Único de Saúde. Os agenciamentos subjetivos em seu movimento de produção do mundo promovem desconstrução e ao mesmo tempo, novas formações de territórios, no âmbito da micropolítica do processo de trabalho. Isto só é possível porque o trabalho em saúde é dependente do trabalho vivo em ato (Merhy, 1997) o que possibilita, na liberdade do agir em saúde, muitos movimentos de idas e vindas, territorializações e desterritorializações, composição e decomposição de mundos. Este é um movimento contínuo de descobertas que vão se dando no movimento cotidiano de produzir o SUS. Importa enfatizar que na mesma medida em que o trabalhador individual e coletivo produz o mundo do cuidado em saúde, ele é produzido por este mesmo mundo, pelos afetos circulantes nas relações que se realizam entre si mesmo e os outros. O trabalhador da saúde é produtor e produto ao mesmo tempo, de determinados modelos tecnoassistenciais. “Cada um de nós passamos pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo” (Rolnik, op cit; pág. 55).

Mudar o modo de produção do cuidado pressupõe no nosso entendimento, além da mudança do processo de trabalho, um processo de desterritorialização dos trabalhadores e usuários do SUS. Tendo por referência que os trabalhadores operam a partir de territórios existenciais, isto é, o território não é físico, mas se encontra dentro dele, organizado pela sua subjetividade, a mudança em caráter estrutural e duradoura dos processos de trabalho requer a produção de uma nova subjetividade deste trabalhador. Este processo é difícil, complexo e doloroso, pois significa fazer uma

⁴ Diferentemente de capitalista que diz respeito a um sistema econômico; capitalístico significa um modo de vida, trabalho, existência, subjetivamente centrado em referências subjetivamente orientadas pela organização social de consumo. Na produção do cuidado no campo da saúde pode-se dizer que o capitalístico se relaciona a um processo de trabalho altamente consumidor de procedimentos, em detrimento de processos mais relacionais, o centramento em territórios existenciais que trazem lógicas próprias da subjetividade capitalística. Ver: Guattari, F. e Rolnik, S. (1999).

ruptura com os modos estruturados de trabalho e produção e neste caso, o trabalhador vai se encontrar com o mundo tal como ele é, caótico, mas potente nas singularidades que se formam e encontram sinergia para o cuidado em saúde. A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que têm sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho. Os processos de mudança até o momento têm sido sempre parciais e não conseguem produzir uma desterritorialização do lugar em que se encontram, o modelo médico hegemônico, que opera o cuidado centrado na lógica da produção de procedimentos.

A reestruturação produtiva, “é a resultante de mudança no modo de produzir o cuidado, gerada a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que impactam o modo de fabricar os produtos da saúde, e na sua forma de assistir e cuidar das pessoas e dos coletivos populacionais” (Merhy e Franco, 2006). Embora represente um momento de mudança no modo de produzir o cuidado, a reestruturação se dá nos limites do atual modelo, isto é, os agenciamentos capitalísticos que operam na produção da saúde, continuam ativos nas subjetividades atuais, mesmo sob uma mudança no processo de trabalho.

Para uma “transição tecnológica” seria necessário que a reestruturação produtiva avançasse no sentido de romper com as atuais estruturas do modelo biomédico, do processo produtivo centrado no ato prescritivo, organizando processos de trabalho mais relacionais. Se um processo de reestruturação não chega a este patamar ele deixa de ser instituinte para se instituir como território fixo, faz assim uma produção diferente do atual modo de produzir o cuidado, mas não opera uma ruptura com seus fundamentos, por exemplo, o alto consumo de tecnologias duras, o plano secundário da dimensão relacional do cuidado em saúde, das intersubjetividades operantes e da produção subjetiva do cuidado. Esse processo, recrudesce, engessa e enrijece as estruturas que compõem o processo de trabalho, interditando agenciamentos de desejo que se manifestam e são ativos na construção de novos territórios das práticas em saúde.

Referências:

AKERMAN, M.(org); MENDES, R.(org). Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira - memória, reflexões e experiências. São Paulo; Midia alternativa; 2006. 178 p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.1, p.163-177. ISSN 1413-8123.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Reforma da reforma, repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

DELEUZE, G. Espinosa: filosofia prática. Ed. Escuta. São Paulo, 2002.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. O Anti-Édipo. Lisboa (Portugal): Editora Assírio e Alvim, 1972.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

DONNANGELO, M. C. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FRANCO, TB et al. (Orgs.). Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo technoassistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP).

FRANCO, TB; BUENO, WS e MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim/MG. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v. 15, n. 2, abr./jun. 1999.

FREIRE, R. As Ações Programáticas no Projeto Saúde Todo Dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado. Dissertação de Mestrado. Unicamp, Campinas, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Ed. Vozes. Petrópolis, 1999.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicol. Soc.*, Jan./Apr. 2007, vol.19, no.1, p.15-22. ISSN 0102-7182.

LUZ MT. As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1981 (2ª. Edição). Pág. 50-51.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy e Onocko (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. Pág. 71-112.

MERHY EE e FRANCO TB. Reestruturação Produtiva em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2006, págs. 225-230.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MALTA, D. C. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã/VM Ed., 1998.

OSORIO, C., MACHADO, Jorge Mesquita Huet e MINAYO-GOMEZ, Carlos. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cad. Saúde Pública*, mar./abr. 2005, vol.21, no.2, p.517-524. ISSN 0102-311X.

PAIM, J. Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. <http://www.interface.org.br/revista9/debates2.pdf>, Botucatu, 2001. (acesso em setembro de 2007).

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.