

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde.

Emerson Elias Merhy

Túlio Batista Franco

Introdução

O modo de produção da saúde tem sido um dos temas mais instigantes na agenda de atores sociais, implicados com a questão da saúde pública e privada no Brasil. Essa contemporaneidade faz jus ao que vem se configurando como processo histórico, o fato de que saúde tem a primazia sobre o mundo da vida, não é simplesmente constitutiva da natureza, mas é sobretudo produzida, e essa produção é resultado da intensa atividade de trabalhadores, usuários, agentes governamentais e operadores de serviços. O modo de produção da saúde traz em si a idéia de um campo social, onde se articulam poderosas forças instituídas e instituintes, encenando um jogo que ao mesmo tempo é tenso na sua constituição, rico na capacidade inventiva, e generoso quanto às possibilidades que se apresentam para o desenvolvimento de redes e sistemas articulados em torno do tema do cuidado. Essa diversidade, que torna complexo esse suposto sistema produtivo, é ao mesmo tempo a fonte da sua potência, o que pode ser percebido através de um olhar dirigido à micropolítica dos processos de trabalho, ou melhor dizendo, no tempo e lugar de onde se realiza a atividade produtiva e em especial, o agir cotidiano dos trabalhadores no seu trabalho. É no lugar do encontro entre os serviços e os usuários, onde está a riqueza e intensa atividade de cuidado. Como uma malha que é tecida com grande energia, se cruzam saberes, fazeres, e linhas de cuidado que atravessam o dia a dia de uma Unidade ou Equipe de Saúde.

Nesse cenário, o tema da economia da saúde tem ocupado grande parte das agendas dos que têm a função de gerir os serviços e de outros atores, envolvidos com a questão. Entre gestores do sistema de saúde, é comum aparecer em diversos níveis, quase como o “senso comum” na área, a idéia geral que associa oferta de serviços com altos custos operativos do sistema, no entanto o debate muitas vezes aparece dissociado da questão do modelo tecnoassistencial, e as diversas formas de produção do mesmo, o que torna as opções de análise do problema sempre parciais e simplificadas. Isso porque, embora recursos de insumos e financeiros sejam importantes para estruturar uma virtual “planta produtiva” da saúde, isso por si só não define a qualidade do serviço e menos ainda o perfil da assistência que se pretende ofertar aos usuários. A produção do cuidado se dá por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades que os fazem operar no campo social, definindo suas relações e produzindo eles mesmos os cenários da produção do cuidado. Esses cenários vão estar vinculados a diferentes objetivos, interesses, redes de relações, como constitutivas do modo como se produz o cuidado, e operam fortemente a partir da micropolítica desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida em muitos sentidos pelos processos e tecnologias de trabalho.

Esse texto busca analisar o desenvolvimento do atual modelo produtivo da saúde, recuperando a memória histórica de sua formação e desenvolvimento, em especial aquilo que fez com que se consolidasse determinado perfil tecnoassistencial para a área. Essa temática não está dissociada do que envolve a questão dos modos de produção do cuidado. Por esse motivo definimos como primeiro marcador para a discussão a se realizar, as questões que dizem respeito ao “modelo médico hegemônico” que se constituiu e consolidou no decorrer do século XX e se mantém disputando essa hegemonia com alternativas que foram se desenvolvendo no âmbito dos sistemas e serviços de saúde, especialmente na segunda metade do século passado. Esta análise é atravessada pela discussão da formação do campo de produção da saúde, e o protagonismo dos sujeitos, o que significa que ela não está determinada a priori por nenhuma estrutura de formação social, mas é algo em permanente processo, de natureza dinâmica. Um segundo marcador para análise diz respeito ao conceito de Transição Tecnológica da Saúde, ofertado como um processo de radical mudança do modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, no núcleo tecnológico do processo de trabalho. Essa mudança se dá a partir de novos sujeitos interpostos na cena de produção do cuidado, operando modos de trabalhar mais relacionais e, sobretudo, capazes de disparar processos de subjetivações, que afetam os outros, e ao mesmo tempo, constroem a si mesmos como sujeitos desse processo. Esse texto se propõe a posicionar a discussão da produção do cuidado para um lugar onde seu núcleo está nas tecnologias de cuidado, o que abre a possibilidade de mudança do modelo produtivo a partir desta questão. Esse é um debate central que conduz ao tema da transição tecnológica.

O modelo médico-hegemônico como modelo tecnológico de intervenção na saúde.

O médico americano Abraham Flexner coordenou um processo de avaliação das escolas médicas dos E.U.A., que resultou na elaboração do relatório “Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching” (Flexner, 1910). Este foi mais do que uma avaliação do ensino, ele reorientou a educação médica nos Estados Unidos e colocou-a sob a centralidade da pesquisa biológica, dando curso a uma clínica centrada no corpo anátomo-fisiológico. Formou a partir daí uma forte referência para o mundo, sobre o que deveria ser o processo de trabalho em saúde, i.é, articula a idéia central de uma competente intervenção sobre o corpo, depositário do processo mórbido. A idéia da excelência na clínica criou o mito do profissional auto-suficiente. Os fatores sócio-ambientais e das subjetividades, que interferem no processo saúde-doença, foram abstraídos das análises diagnósticas e assim o trabalho médico ganhou uma grande simplificação, reduzindo o campo de estudos ao corpo abduzido do meio social, ambiente, relações, vivências e experimentações tidas em sua história de vida e inserção no mundo. O discurso da excelência da clínica criou uma áurea de proteção ao modelo que se gestava, não deixando revelar seu reducionismo e empobrecimento em relação à compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde. Assim, o campo de visão de intervenção sobre os problemas de saúde ficam sub-dimensionados, reduzindo a capacidade resolutiva dos sistemas recém-criados.

A educação médica reformada, segundo diretrizes do relatório Flexner, interferiu imediatamente na formatação do trabalho médico que passou a se basear no olhar sumário sobre o corpo doente e a prescrição para soluções que se encontravam sempre no seu curto perímetro.

Esse processo de reforma do ensino e reorganização do processo de trabalho na clínica médica, se desenvolve ao longo da primeira metade do século XX como uma novidade importante. Os fundamentos desse modelo podem ser sintetizados da seguinte forma: i) Expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; estímulo à especialização médica; já descrito aqui como proveniente das influências do relatório Flexner. ii) Os anos pós-guerra e nas décadas seguintes até os tempos atuais, a indústria de equipamentos tem conseguido grandes avanços tecnológicos, exercendo certo fascínio em trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Devidamente apoiados em estratégias de marketing, que envolvem a grande mídia, até as micro-estruturas de intervenção nos locais de trabalho, as corporações industriais vêm conseguindo não apenas colocar seus equipamentos no mercado, mas formam opinião entre os prescritores, influenciando seu processo decisório, o que induz ao alto consumo dos seus produtos, como por exemplos, recursos diversos de diagnóstico e terapia. Isso tudo impacta fortemente o processo de produção da saúde, pois as tecnologias mais relacionais vão entrar em desuso em favor das tecnologias máquinas e instrumentais, ou seja, há um consumo que vai além do esperado dessas tecnologias. Três efeitos imediatos são sentidos a partir desta questão: o primeiro, quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde, que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, i.é., máquinas e conhecimento especializado, segundo Merhy (1997). O segundo, é que a partir daí verifica-se uma baixa eficácia na resolutividade dos serviços de saúde, pois, a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo, levam a projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre um déficit de questões a serem resolvidas, relacionadas aos problemas de saúde dos usuários no sentido amplo do termo. Terceiro, os custos da saúde são majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor agregado e são usados de forma exacerbada à real necessidade dos usuários. iii) Na mesma diretriz do item anterior, o desenvolvimento da indústria química encurta os períodos em que se apresentam ao mercado novas gerações de medicamentos e cria assim como há em relação à maquinaria, um verdadeiro fetiche em relação aos mesmos, ou seja, forma-se uma imagem nas pessoas de que os recursos tecnológicos (tecnologias duras) incorporados ao projeto terapêutico estão na associação direta da qualidade da assistência e perspectiva quanto ao cuidado desenvolvido em relação à pessoa. No mesmo caminho do avanço tecnológico, a indústria farmacêutica ocupou um lugar destacado na majoração dos custos assistenciais.

Do ponto de vista do processo de acumulação de capital na saúde, a indução de alto consumo de procedimentos é fundamental e é isto o que se verifica, pois o modelo technoassistencial se caracteriza por uma ação cotidiana em que o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde se confunde portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados a crescente medicamentação da sociedade.

Esse processo vai desenhando um modelo technoassistencial para a saúde, baseado na alta concentração de recursos tecnológicos para a intervenção sobre o corpo doente e isto levou a que os sistemas de saúde dessem prioridade ao equipamento hospitalar, formando modelos hospitalocêntricos. Em relação às tecnologias de trabalho, estas podem ser classificadas em três tipos e sempre estão associadas no processo de trabalho, quais sejam: aquelas que estão representadas pelas máquinas e instrumentos, as chamadas tecnologias duras, as que se inscrevem no conhecimento técnico, as tecnologias leve-duras e aquelas representadas pelas relações, as tecnologias leves. Merhy (1997). O processo histórico de formação do modelo

tecnoassistencial vem dar prioridade às tecnologias inscritas nas máquinas e instrumentos, como segmento fundamental da acumulação capitalista na área, isso é dado como algo inexorável, em um processo contínuo de retro-alimentação do capital no setor. É portanto a alma capitalista que preside a formação do modelo produtivo para o setor.

A crise no financiamento e o questionamento do modelo hegemônico de produção da saúde.

O crescimento econômico verificado no pós-guerra, foi proporcionado por elevados ganhos de produtividade, graças ao avanço tecnológico da indústria, associado a um ambiente favorável à implantação de políticas sociais, dado pela vitória do Partido Trabalhista inglês nas eleições em 1945. Isso tudo contribuiu para que se desenvolvesse uma opção política pelo modelo econômico keynesiano, implantado na Inglaterra e que se generalizou pela Europa. A idéia do “Estado de Bem Estar Social” criou uma onda de novos investimentos por parte dos governos, o que possibilitou em diversos países, especialmente os mais desenvolvidos, financiarem a implantação de políticas públicas amplas, em especial na saúde.

Neste contexto, foram criados na área da saúde sistemas estatais, universalizantes. Os governos em vários países assumiram a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, dando-lhes caráter público. Esse movimento, combinava par e passo com outro, o do ascendente custo operacional destes mesmos serviços, dado o processo acrítico e contínuo de incorporação de novas tecnologias ao setor e a incapacidade de se desenvolver um sistema produtivo alternativo ao que se gestou no âmbito do modelo médico hegemônico.

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

A resultante imediata da crise dos anos 70 é a redução da arrecadação fiscal dos estados, e conseqüentemente a prevalecente dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento. Este quadro, leva a que os gastos com as políticas sociais, implantadas no período anterior, entre elas, a de saúde, passassem a ser foco da atenção dos governos. Estes começaram a avaliar os resultados dos serviços de saúde em relação aos seus próprios gastos. Esta avaliação resultou na identificação de que “os custos médicos haviam subido com muito mais rapidez que em qualquer década anterior e a parte governamental neste custo havia aumentado substantivamente, seja nos países com sistemas majoritariamente públicos, seja naqueles que privilegiavam o setor privado” (Almeida; 1997:185).

A resposta imediata dos governos para o problema foi o de incluir a saúde nas políticas de austeridade econômica, cortando os gastos e racionalizando os custo. No entanto, essa resposta, sem que se tenha invertido os processos de tecnologias de trabalho, vai se mostrando prejudicial

principalmente para os usuários do sistema, que passam a sentir as perdas sofridas pelo setor. Uma resposta eficaz deixa de ser ofertada, na medida em que não se mexe na mecânica de acumulação capitalista do setor, deixando intacto os fatores que determinavam o contínuo processo de majoração de custos da saúde.

Em nível de algumas organizações governamentais, a busca por alternativas na modelagem dos serviços de saúde vai se dando no campo da vigilância à saúde, como conhecimento e prática sobre a qual se estruturaram algumas propostas de reorganização da atenção à saúde. A maior evidência no Brasil são as propostas centradas na idéia de territorialização, tais como os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) nos anos de 1980 e no Programa Saúde da Família (PSF) na década seguinte, que combina ao instrumental da epidemiologia, uma vaga idéia de mudança dos processos de trabalho em saúde. Como esses modelos não mudaram o sentido sob o qual vinha sendo praticada a clínica, enquanto elemento constitutivo do processo de produção do cuidado deixando que a mesma continuasse sendo subsumida pelo modelo médico hegemônico, pouca eficácia tiveram os processos sugeridos até então (Franco & Merhy, 2002, 2003). Criou-se um sistema anômalo, com dois corpos que não se falavam e assim, o modelo tecnoassistencial continua inalterado.

Uma constatação importante é de que o processo de trabalho na saúde pública ou privada opera principalmente a partir da micropolítica e portanto, para inverter qualquer questão que esteja relacionada aos processos produtivos, é necessário intervir nesse lugar, i.é, no agir cotidiano onde cada um opera sua parcela de trabalho em uma dada linha de produção do cuidado. Ao que parece, isso se tornou uma constatação comum entre os operadores de serviços de saúde, pois busca-se uma intervenção nesse nível com o objetivo de operar mudanças.

No caso da saúde suplementar a situação de crise de financiamento é sentida, mas tem outros significados que são próprios do modo privado de produção da saúde, o que induz a respostas diferentes para a questão. O setor sente a pressão dos altos custos de financiamento dos serviços de saúde e busca intervir sobre o problema a partir de uma lógica administrativa. Célia Iriart diz que “é um sistema que utiliza incentivos financeiros e controle da gestão, para dirigir os usuários aos provedores responsáveis por proporcionar a atenção. É importante destacar a permanência de um elemento central: a imposição da racionalidade econômica através do controle administrativo da prática clínica. Esta racionalidade está orientada pela lógica da eficiência (que privilegia a relação custo-benefício econômico) e da competição do mercado. Implica numa profunda transformação da prática clínica, já que se produz uma radical subordinação dos profissionais de saúde às decisões administrativo-financeiras” (Iriart, 1999:36).

Operadoras da saúde suplementar, buscam implantar um sistema de produção que tem como diretriz a atenção gerenciada. Ela promove uma reorganização do processo de trabalho a partir do controle dos atos clínicos do médico. Controle esse exercido sob a lógica administrativa, operando a relação custo/efetividade. Não há, ainda, nessa proposta uma preocupação com a produção do cuidado, o que poderia significar uma mudança de fato na lógica de assistência à saúde. Nessa perspectiva, prevalece a lógica do capital estruturando serviços, de acordo com os interesses de mercado, subsumindo o processo de trabalho. De qualquer forma, a atenção gerenciada organiza-se a partir da premissa de que os micro-atos médicos devem ser auditados para se enquadrarem em protocolos administrativos rigorosamente delimitadores do trabalho clínico. “Toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para o dos administradores, como uma estratégia vital para atacar a relação custo-

benefício do sistema. Mas, este não é o campo restrito de intervenção dessas propostas, pois a mesma também se filia a um outro conjunto de estratégias que visam a reorganização dos modelos de atenção a partir da ação dos prestadores privados, centrados nas políticas das instituições seguradoras e financeiras” (Merhy, 1999:25).

As empresas adotam esse dispositivo como estratégia de gestão dos seus planos de saúde, concentram nos administradores, que figuram como auditores dos atos médicos, o poder de decisão sobre o consumo de procedimentos. Notadamente, um critério administrativo superpondo-se ao do cuidado ao usuário.

Mais recentemente outras estratégias têm sido adotadas pelas operadoras da saúde suplementar, tais como a priorização em oferta de planos de saúde corporativos, que têm a vantagem de assistir a uma clientela jovem, em idade produtiva e inserida no sistema produtivo, ou seja, tem capacidade de pagamento e um perfil de baixo consumo de serviços de saúde. O copagamento como dispositivo redutor do consumo tem sido usado estimulado pelas operadoras e outras estratégias de cuidado, tais como home care e controle de populações de risco através de ações programáticas, próximas do que os serviços públicos tradicionalmente fazem, com objetivos de redução de custos, captação de clientela e até mesmo melhorar a produção do cuidado a certa população de “beneficiários”. Mas essas iniciativas são pontuais, verificadas a partir de alguns poucos segmentos e se encontram à margem do modelo predominante, que permanece como sendo o de alto consumo de insumos, sob o ideário do modelo médico hegemônico.

O modelo tecnológico de produção da saúde e a micropolítica do processo de trabalho.

Importa registrar o fato de que, por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz é a partir do protagonismo de cada sujeitos, individual ou coletiva, na cena de produção da saúde, i.é., no lugar de encontro entre os serviços e os usuários, que são os destinatários finais de todo esforço de produtivo. O perfil de cuidado que se produz, é definido em nível da micropolítica do processo de trabalho, i.é., no agir cotidiano de cada trabalhador de saúde, das relações que estabelece com a equipe, os usuários, o arsenal tecnológico do qual utiliza, enfim, para pensar a produção da saúde é necessário pensar o lugar específico de cada um na linha de produção do cuidado. Assim queremos afirmar que quem define o modelo tecnoassistencial não é a norma que virtualmente se institui, mas o trabalhador de saúde, a partir da sua micropolítica no processo produtivo.

São características constitutivas do modo de produção da saúde, o fato de que os trabalhadores exercem um razoável auto-governo sobre seu processo de trabalho e essa liberdade de ação indica que a transformação do perfil produtivo depende de mudanças no agir do trabalhador de saúde, o que diz respeito ao aspecto de ser ele detentor de uma determinada proposta de organização da produção do cuidado, bem como portador de uma certa subjetividade que opera para que assuma determinadas atitudes junto dos pares e dos usuários. Essas atitudes estão sempre entre o pólo de um cuidado burocrático, pouco cuidadoso e ineficaz, ou um cuidado acolhedor, onde se estabelecem vínculos e responsabilização em relação ao usuário e seu problema de saúde. Há sempre uma intencionalidade indicando o modus operandi que é singular,

de cada um. E o modo de agir, que a princípio é social e tecnologicamente determinado, tem como um importante dispositivo os processos de subjetivações que afetam os sujeitos e imprimem sobre os mesmos, determinados valores e condutas perante o outro, com o qual ele se relaciona e ao qual destina o produto do seu trabalho. Portanto, lidar com trabalho e tecnologias em saúde, significa também lidar com a dimensão humana e subjetiva de cada um. A micropolítica tem esse forte componente, o que significa que sem processos de subjetivação, não há proposta de mudança no modelo produtivo que seja realmente eficaz.

Um importante componente dos processos de trabalho e sua micropolítica são as tecnologias, tradicionalmente associadas com as máquinas e instrumental duro de intervenção sobre os problemas de saúde. Esse debate assume uma perspectiva diferenciada a partir de Gonçalves (1994), que as define como “tecnologias materiais” (máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico). Aqui se realiza uma primeira ruptura com a idéia de um modelo produtivo “duro”, pois o conhecimento, ao ser considerado como tecnologia, traz para o processo produtivo a dimensão do trabalhador enquanto sujeito cognoscente, dotado de capacidade própria a partir do conhecimento do qual se constitui a atividade produtiva. Merhy (1997) informa que, para além das máquinas e do conhecimento técnico, há algo nuclear no trabalho em saúde que são as relações entre os sujeitos, trabalhadores e usuários e conformam uma certa tecnologia no modo de agir para a produção do cuidado. A idéia das relações como parte constitutiva do processo de trabalho, traz uma dimensão humana para a composição dos atos de saúde, humanizando o sujeito trabalhador. A partir daí sugere uma tipologia para designar as tecnologias de trabalho, quais sejam: aquelas centradas em máquinas e instrumentos, chamadas de “tecnologias duras”, do conhecimento técnico, “tecnologias leve-duras”, e das relações, “tecnologias leves”. No processo de produção do cuidado as três tecnologias se fazem presentes, mas ocorre uma hegemonia das tecnologias duras, imposta pelo modelo médico hegemônico, contra a hegemonia das tecnologias leves, sugerida por modos de produção da saúde que propõem centralidade no usuário e suas necessidades, e formas de abordagem terapêuticas mais relacionais.

O perfil tecnológico de produção da saúde não está desvinculado da micropolítica e sobretudo, o mundo singular que preside a atuação do trabalhador de saúde, individual ou coletivo. Uma mostra de que essa questão está suficientemente compreendida pelos agentes econômicos que detêm influência sobre o modelo produtivo da saúde, se dá a partir da forma como atuam no setor, com o objetivo de disponibilizar no mercado os seus produtos. Grande parte do marketing utilizado para colocar novos produtos no mercado da saúde, se dá a partir dos fornecedores de equipamentos e medicamentos, que priorizam para isso o trabalho de formação de opinião dos médicos prescritores. Entendem que é seu “trabalho vivo em ato”, que vai assegurar maior ou menor consumo de insumos, pois é a partir daí que se dá a tomada de decisão neste sentido.

Verifica-se portanto que o controle de processos de consumo está na micro-decisão clínica do médico, e é sobre ela que se deve atuar para mudar a forma de produzir saúde e alterar a dinâmica de alto consumo de procedimentos, associada com o não cuidado, ineficácia terapêutica, e ascendentes custos no setor, seja na esfera pública ou privada.

Por esta constatação, qualquer mudança que queira se realizar no setor passa necessariamente pela inversão das tecnologias de trabalho, um processo que denominamos de transição tecnológica e passamos a discutir a seguir, diferenciando-o do conceito de reestruturação produtiva.

Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde.

Os estudos realizados até então sobre o modo de produção da saúde, observando especialmente o processo e as tecnologias de trabalho, Donnangelo (1976); Gonçalves (1994); Merhy (1994, 1997, 1998, 2002); Campos (1992); Cecilio (1994; 2001); Franco (1999, 2003); Pires (1998), demonstram uma forte tensão no sentido da incorporação de novas tecnologias duras aos processos produtivos. Essa tensão se dá em primeiro lugar, pela disponibilização e oferta de equipamentos no mercado, em segundo lugar, porque é um processo inexorável da acumulação capitalista a necessidade de renovação do capital fixo nas plantas produtivas e na saúde esse modelo tende a se repetir através do alto consumo da maquinaria no processo de produção e finalmente, em terceiro lugar, devido à construção imaginária que associa qualidade da assistência com densidade tecnológica (tecnologias duras) e, subliminarmente, opera a partir dos diferentes agentes que atuam no setor, gestores, operadoras, prestadores, trabalhadores e até mesmo dos que são assistidos pelos serviços assistenciais. Essa é uma das apostas do capital sobre os serviços de saúde, na busca da distribuição dos seus produtos em larga escala. Mas essa aposta não é a única determinação do modelo tecnoassistencial, que caracterizamos como “médico-hegemônicos produtores de procedimentos”. A indústria produtora desses insumos encontrou, nas teses flexnerianas, o apoio teórico para propor modelos centrados no consumo de seus produtos e na formação dos profissionais de saúde, que subsumiu a clínica à matriz de pensamento liberal de organização das relações sociais e produtivas. Esses fatores, concorreram para a formação de um modelo produtivo, no qual os processos de trabalho aparecem tecnologicamente centrados no Trabalho Morto, expressão das tecnologias duras e leve-duras.

Denominamos de “reestruturação produtiva” na saúde às novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas a priori, mas verificadas a partir do momento que estruturam novos modos de produção e organização dos processos de trabalho. Em geral, buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos. Como são processos, podem ser analisados como sistemas completos, em que os ciclos de mudança já tenham se completado; em andamento ou podem operar de acordo com diversas combinações entre si.

Vale dizer que a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho, em um dado sistema de produção, ou não, pode atuar apenas como uma forma nova de se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico. A respeito desse tema, podem-se verificar nos estudos realizados por Pires (1998), a descrição de incorporação de novas tecnologias à produção do cuidado, no interior do hospital, como processo de reestruturação produtiva. Pode-se dizer que o que ocorre é uma das formas de reestruturação produtiva porque muda o modo de trabalhar das pessoas a partir das novas tecnologias duras incorporadas no processo de trabalho. No entanto, o perfil do seu núcleo tecnológico onde são criados os produtos, permanece como antes, Trabalho Morto centrado, com grande captura do Trabalho Vivo. Outro exemplo pode ser dado em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), atualmente a principal proposta de organização da atenção básica, ofertada pelo Ministério da Saúde. Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração nos processos de

trabalho, sem contudo haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos. Mesmo o PSF atuando com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois opera mais centralmente no território, centrado nos núcleos familiares e domicílio, mas na essência o processo de trabalho pode não ter sido alterado (Franco & Merhy, 2003), ou seja, queremos dizer que nem todo processo de reestruturação produtiva conduz a uma transição tecnológica, porque para fazê-lo é necessário operar através de uma forma completamente inovadora as tecnologias de trabalho em saúde. Outro exemplo disso é a tentativa de diversificação dessas tecnologias de cuidado verificadas no último período, nos processos produtivos em que algumas operadoras da saúde suplementar que inseriram, trazendo para seus projetos terapêuticos, tecnologias de cuidado até então pouco usuais, como as ações de promoção e prevenção à saúde, recuperando o valor das tecnologias leve-duras e leves na produção do cuidado. Há, nesse sentido, uma nova relação com o campo de necessidades dos usuários, na qual a preocupação com o autocuidado coloca-se na possibilidade de se obter melhores resultados em relação à saúde, abrindo a perspectiva de autonomizar o usuário e, com isso, reduzir os riscos de agravos. Mas isso no entanto não significa que tenha havido uma inversão das tecnologias ou alterado o núcleo tecnológico do processo de trabalho que opera nas linhas de produção do cuidado. Os processos que verificamos aqui indicam momentos de reestruturação produtiva que não induziram a mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, i.é., não promoveram inversão das tecnologias de trabalho, processo esse que chamamos de transição tecnológica.

A reestruturação produtiva geralmente é um processo disputado, pois se revela como algo que busca mudanças no cenário de produção da saúde e operam no plano da micropolítica. As opções tecnológicas, a organização do trabalho, a tensão sobre os hábitos e comportamentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, revelam que o mundo no qual deve-se operar mudanças no modo de produzir o cuidado é absolutamente complexo. Importa discutir que alterações nos processos e tecnologias de trabalho ocorrem a partir do protagonismo dos sujeitos que fazem suas opções de acordo com intencionalidades que se inscrevem subjetivamente no seu modo de agir e o fazem agindo conforme interesses de diversas ordens, sejam corporativos e privados, ou coletivos e públicos e até mesmo operando sob diversas diretrizes. Ao final, na organização dos processos produtivos, deverá prevalecer uma dada pactuação entre os diversos atores em cena, configurando um certo perfil de cuidado.

A produção da saúde é dependente de trabalho humano, configurado em Trabalho Vivo em ato, Merhy (1997, 2002), i.é; o trabalho no exato momento da sua atividade criativa e os produtos se realizam ali, nesse momento em um processo que é sempre relacional. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo há nos espaços relacionais, atos de fala e escuta, toques e olhares que são constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem junto a produção da saúde. Por esses motivos, a análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas daqueles utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como no caso da saúde, há significância de produtos que são “simbólicos”, mas constituem certa materialidade pelo valor de uso que têm para o usuário (Merhy, 2002). Certos processos de reestruturação produtiva, por exemplo, não conseguem dar significância para o agir cotidiano dos trabalhadores de saúde e essa produção simbólica que age no interior dos processos de trabalho, fazendo o cuidado aos usuários. É a partir dessas questões que diretrizes como do acolhimento, vínculo com responsabilização, e a autonomização do usuário como resultado indicador de eficácia do

cuidado que é produzido podem ser verificadas e avaliadas. E quando processos de transformação não operam as tecnologias leves, trabalho vivo centradas, restringem-se às mudanças aparentes, organizacionais, não configurando assim um processo de transição tecnológica.

“Transição tecnológica” significa um novo padrão de produção do cuidado, que altera não apenas o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado, configurando hegemonia das tecnologias mais relacionais, a partir do Trabalho Vivo em ato, ou seja, além das tecnologias leves o protagonismo dos trabalhadores na produção do cuidado é central para definir um processo de mudança como o que é proposto na Transição Tecnológica. Significa operar na assistência com sentidos diferentes dos que existem no modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”, pois tem sua ação voltada ao campo de necessidades dos usuários. É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinado. Assim, deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos junto aos usuários e na resolução dos seus problemas (Merhy, 2002; Franco, 2003).

Uma questão importante a se considerar diz respeito ao fato de que a transição tecnológica pode ser o resultado de um acúmulo de processos anteriores. A rede de petição e compromissos que conforma os serviços de saúde estrutura uma arena decisória, na qual os diversos interesses se entrecruzam e, da tensão/conflito entre os diversos atores, surgem os pactos que irão configurar determinado modo de produzir saúde. Resulta, pois, de uma realidade de construção multideterminada, em que aparecem as tecnologias como um dos seus principais componentes. A transição tecnológica pressupõe, assim, impactar a efetividade da assistência à saúde.

Podemos conceber a Transição Tecnológica, como um processo de mudança da produção, onde há alteração no núcleo tecnológico do processo de trabalho para a formação dos produtos da saúde, isto é, resignifica o arsenal das tecnologias de cuidado utilizadas no processo de trabalho ou, a caixa de ferramentas de cada trabalhador.

Os processos produtivos da saúde, como temos visto, são complexos, com alta implicação entre aqueles que estão inseridos nos mesmos. No núcleo tecnológico do processo de trabalho, convivem mutuamente “processos estruturados” – comandados pelo Trabalho Morto – e “processos em estruturação” – comandados pelo Trabalho Vivo em ato. É nessa relação, mediada pelas tecnologias de cuidado e a intencionalidade dos sujeitos que são delas protagonistas, que a produção vai se organizando, operando redes relacionais entre estes mesmos sujeitos, que são os protagonistas desse processo, que governam os atos assistenciais. Da tensão existente no núcleo tecnológico de produção do cuidado, entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo em ato, será definida a hegemonia nos processos produtivos, entre as tecnologias estruturadas pela maquinaria, atuando sob as lógicas e mercado e os processos de subjetivações que isso significa; e por outro lado, as tecnologias mais relacionais, operando por outras lógicas, a do cuidado, centrado no eixo das necessidades dos usuários, operando a partir de lógicas de subjetivações sintonizadas com um processo tecnológico de produção da saúde voltado à ação cuidadora.

Um analisador importante da Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na saúde tem sido a atenção gerenciada (AG), utilizada como mecanismo da micro-regulação dos atos médicos na produção da saúde suplementar. A iniciativa da AG parte da premissa de que, o

controle administrativo do processo produtivo é capaz de estancar o crescente consumo de procedimentos e com isso, reduzir os custos operacionais do sistema. Para exercer esse controle, os operadores da saúde suplementar identificaram que é necessário controlar o “trabalho vivo” dos prescritores, seu processo decisório que tem sido solitário e privado, tornando-o público e partilhado, momento em que surge a figura do “auditor”, em geral um administrador com poder de autorizar ou não os procedimentos, em cima de protocolos onde os parâmetros estão previamente fixados. Tal atitude, por estar centrada na lógica administrativa e burocrática, abstraindo do processo de produção da saúde, sua dimensão cuidadora, recai sobre o clássico erro, de avaliar que processos sumários de cuidado podem reduzir consumo e custos, pois, aqueles usuários que se considerarem mal cuidados ou desprotegidos, tendem a buscar novamente os serviços, duplicando assim o trabalho para o mesmo problema de saúde. Reduzir custos operacionais da saúde está na razão direta do maior cuidado, o que deve significar, maiores graus de autonomia do usuário.

Há apostas em curso, no Brasil, por meio de um processo de reestruturação produtiva na saúde, de perfil anti-hegemônico, apontando como atores desse processo a “medicina tecnológica”, através da presença do capital financeiro na saúde suplementar, por meio da “atenção gerenciada”. “O percurso de procura de uma nova conformação tecnológica para a produção dos atos de saúde, impactando a relação entre o núcleo tecnológico do Trabalho Vivo em ato em saúde com os outros núcleos deste processo produtivo, faz parte de uma aposta que se coloca de modo anti-hegemônico – tanto em relação à medicina tecnológica, quanto à da Atenção Gerenciada que o capital financeiro vem introduzindo no setor saúde –, ...” (Merhy, 2002:31).

Esse processo só será alcançado, mediando uma mudança do modelo tecnoassistencial, o que pressupõe reorganização dos processos de trabalho e inversão das tecnologias que compõem seu núcleo tecnológico. Não há saídas duradouras e consistentes para a atual crise da saúde, sem uma mudança no modo de organizar a produção do cuidado a partir de processos de reestruturação produtiva que levem à transição tecnológica no setor.

Referências Bibliográficas.

ALMEIDA C. A miragem da pós-modernidade – democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

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.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde in Pinheiro, R. & Mattos, R. (Orgs.); Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ABRASCO, 2001.

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

FRANCO, T. B. Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. Campinas, 1999. (Tese - Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

FRANCO, T.B. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. Campinas, 2003. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

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

IRIART, A. C. Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. Campinas, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)

MANDEL E. O capitalismo tardio. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

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. 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., 1998a.

MERHY, E. E. A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as

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

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou favor? Saúde em debate, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Ano XXVI, v.26, n.60, jan./abr. Rio de Janeiro, 2002.

NOGUEIRA, R. P. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1994.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume/CNTSS, 1998.

SILVA JR. A. G. Modelos tecnoassistenciais em Saúde – o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.