

# Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde.

*Cartographies of Work and health care.*

*Cartografías del trabajo y cuidado en salud.*

Túlio Batista Franco<sup>1</sup>  
Emerson Elias Merhy<sup>2</sup>

para o trabalho vivo e o uso predominante das tecnologias relacionais.

## RESUMO

Este artigo procura discutir o processo e tecnologias de trabalho na saúde, tendo como pressuposto o seu caráter imaterial, e a centralidade do trabalho vivo nos atos produtivos, associado ao modelo tecnológico, que supõe o uso das tecnologias duras, leves e leves. Adota a ideia segundo a qual há uma dimensão subjetiva nos atos produtivos do cuidado, potencializada pela constatação de que o trabalho em saúde se dá sempre em um encontro, mediado por certa ética do cuidado. Sendo assim o elemento humano é central, garante o caráter produtor do cuidado, isto é, o modelo assistencial não se configura por uma determinação, um fora que se institui, mas por atos de produção imanentes ao próprio processo, gerados pelos trabalhadores em relação. A mudança no trabalho resulta em um processo de reestruturação produtiva, que por sua vez pode levar ou não a uma ruptura com o modelo atual. O que configura a mudança no modelo produtivo do cuidado é uma inversão no núcleo tecnológico dos processos de trabalho, que seja capaz de operar uma inversão nas tecnologias de trabalho, com centralidade

**Palavras-chave:** Saúde, Trabalho, Tecnologia, Acolhimento.

## ABSTRACT

This article will discuss the process and technology applies at the work in healthcare, observing its immaterial character, and the centrality of “living work” at the production acts, associated with the technologic model that suppose the use of hard, soft-hard and soft technologies. This article adopts the idea that there is a subjective dimension at the production acts of healthcare, potentialized by the confirmation that the work in healthcare will always occur in a meeting mediated by a certain care ethic. Thus the human element is central, it guarantees the productive character of healthcare, this is , the assistencial model does not configures itself by a determination, one estrange element that establishes itself, but by immanent acts of production of its own process, generated by the workers in relationship. The work changes results in a restructuration of the productive process, that, for its part, will be or will not be able to make a rupture with the actual model. What configures the change at the productive model of healthcare is an inversion at the technological

1 Prof. Dr. da Universidade Federal Fluminense

2 Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro

center of the work process, which can be able to operate an inversion at the work technologies, with the centrality at the “living work” and the predominant use of relational technologies.

**Keywords:** Health, Work, Technology, User Embracement.

## RESUMEN

Este artículo pretende discutir el proceso y tecnologías del trabajo en salud, teniendo como premisa su carácter inmaterial, y el núcleo del trabajo vivo en los actos productivos, asociado al modelo tecnológico que asume el uso de tecnologías duras, leve-duras y leves. Adopta la idea de que hay una dimensión subjetiva en los actos productores de cuidado: potenciada por la constatación de que la salud siempre ocurre a partir de un encuentro mediado por una ética del cuidado. Siendo esto así, el elemento humano es central, garantizador del carácter productor del cuidado, esto es, el modelo asistencial no se configura por una determinación externa sino por los actos de producción del mismo proceso: generados por los trabajadores en relación. El cambio en el trabajo resulta en un proceso de reestructuración productiva que pudieras, o no, generar una ruptura como el modelo actual. Lo que configura la renovación en el modelo productivo de cuidado es una inversión en el núcleo tecnológico de los procesos de trabajo, que sea capaz de revertir las tecnologías del trabajo: con núcleo principal en el trabajo vivo y las tecnologías relacionales.

**Palabras clave:** Salud; Trabajo; Tecnología; Acogimiento.

## INTRODUÇÃO

O debate em torno do processo de trabalho em saúde, como elemento central do modelo de produção do cuidado, tem sido essencial para compreender aspectos específicos do caso da saúde, e neste particular a novidade se instaura no reconhecimento da centralidade do Trabalho Vivo<sup>1</sup> no processo produtivo do cuidado, o que mobiliza forças extraordinárias no ato produtivo, que passa a ser permeado por tudo o que é humano, ou seja, os trabalhadores em atividade atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde. Isto é possível porque há a constatação de que o trabalhador tenha sua atividade presidida por altos graus de liberdade, pois o seu principal atributo é justamente o auto-governo que exerce sobre seu próprio processo de trabalho, ainda mais no caso do trabalho em saúde que é sempre relacional, em ato, nos encontros.

No debate sobre o trabalho na saúde, há o reconhecimento por nós de que a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde. Não se atribui um valor à ação subjetiva no trabalho em saúde, até porque ela pode se expressar no trabalho meramente prescritivo, ou diferentemente, no trabalho acolhedor com estabelecimento de vínculo entre trabalhador e usuário, em qualquer situação a subjetividade está agenciando as opções para o cuidado. A subjetividade, portanto é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde.

Este texto procura discutir as principais características do trabalho em saúde considerando a priori que as mesmas se manifestam tanto nas redes de saúde públicas, quanto da saúde suplementar. Tem como foco um olhar para a micropolítica do processo de trabalho, portanto, é uma discussão que vem do lugar onde se estabelece o encontro entre os usuários e os trabalhadores, como parte dos cenários onde se realizam a produção do cuidado. Procuramos desenvolvê-lo tendo por referência duas grandes dimensões, (i) a primeira, toma como central a caracterização do Trabalho Vivo e sua composição nos processos da saúde, a dimensão imaterial e classificação das tecnologias de trabalho; (ii) a segunda, discute a dimensão em que operam processos de subjetivação como elementos que compõem o processo de trabalho. Por último adicionamos de forma sucinta o debate em torno da mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde, como possibilidade a ser enfrentada pelos coletivos de trabalhadores nas redes assistenciais, com base na mudança dos processos de trabalho. A justificativa para o esforço de compreensão dos meandros do trabalho em saúde tem esta razão central, pois entendemos que analisar remete sempre a uma ação, intervenção sobre os modos como se produz o cuidado. Assim delimitamos nosso foco de discussão do tema.

## **O TRABALHO VIVO NA SAÚDE E OS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS**

A base “não material” do trabalho em saúde é discutida inicialmente por Gonçalves<sup>2</sup> que identifica na sua composição as tecnologias “materiais” e “não materiais”, instituindo assim uma ideia de que há uma dimensão imaterial que compõe o ato produtivo do cuidado, os saberes, ampliando o conceito

usualmente utilizado que associa tecnologia ao maquinário presente no processo de produção. A esta importante contribuição é importante incluir a ideia de que a dimensão relacional que é central no processo de trabalho comporta um tipo de tecnologia, pois o modo de estabelecer estas relações é tecnologicamente orientado. As tecnologias relacionais que compõem o processo de trabalho são as “tecnologias leves”, que se associam às tecnologias “duras” e “leve-duras”<sup>1</sup> no processo de produção do cuidado. Lembramos que todo processo produtivo vai conter necessariamente as três tecnologias durante o trabalho, o que diferencia as práticas profissionais e sua orientação tecnologia e a hegemonia do processo produtivo, a ser exercida pelas tecnologias duras e leve-duras, ou pelas leves. Isto vai contribuir para a definição do modelo tecnoassistencial, o que discutiremos mais à frente.

No livro 1 do Capital, Marx<sup>3</sup> nos apresenta noções interessantes sobre as relações entre trabalho morto e vivo, observado nos processos industriais. O trabalho morto é o trabalho pregresso, já realizado, que, portanto está incorporando as máquinas e instrumentos de trabalho. É um trabalho que não vai realizar nenhum produto, pois já foi usado para isto. O trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador. Sendo assim o trabalho vivo é de controle do próprio trabalhador, ele lhe oferece altos graus de liberdade na execução da sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o trabalho é executado, o produto é realizado. Percebendo o auto-governo exercido pelo trabalhador no seu próprio processo de trabalho, é que Taylor<sup>4</sup> formulou dispositivos de captura e controle

do trabalho vivo, regulando os micro-atos de trabalho no exato momento de sua realização. Inauguram-se assim processos de gestão do trabalho que operam alta regulação do mesmo, para cumprir os objetivos de produção em série, padronizada, alta produtividade, favorecendo os processos de acumulação.

Como já identificamos, o trabalho em saúde pela sua natureza relacional traz a centralidade do trabalho vivo, ou seja, os produtos da saúde se realizam em ato, na relação entre produtor e consumidor. Mesmo que o trabalhador opera seu trabalho com altos graus de liberdade, exercendo efetivamente um auto-governo do seu processo de trabalho, há também aqui processos intensos de captura, mas que não se dão pela máquina, mas por ação do próprio profissional, que muitas vezes adota práticas com base em modelos e assistência que se constituíram como dispositivos de realização do mercado, e por este motivo, centrado no ato prescritivo, alto consumo de insumos e procedimentos.

Este tema atualiza o debate sobre os modelos tecnoassistenciais para a saúde, que é o foco de intervenção quando se fala na mudança dos processos de trabalho. Há algum tempo se tem observado que a mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde depende menos de normas gerais, e mais da produção da saúde que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Os estudos que têm se dedicado a observar e analisar a forma como se produz saúde, indicam que esse é um lugar onde os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, agem agenciados por múltiplas linhas de força, do mercado na saúde, corporações de trabalhadores, diretrizes de governo e

dispositivos que o próprio trabalhador adota para o seu cotidiano. É um lugar de permanente tensão na medida em que estas linhas não são harmônicas, e nem se articulam entre os mesmos campos de interesses, o que cria uma tensão no processo de trabalho e formação do modelo assistencial. Entendemos que a tensão é constitutiva deste processo, e não há porque atribuir-lhe um valor, é um dado da realidade e cabe aqui analisá-la para que os coletivos de trabalhadores possam compreender o que se passa nos cenários de produção do cuidado para aí intervirem.

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde esteve centrada nas tecnologias duras (instrumentos) e leve-duras (conhecimento técnico), visto que, aquele se deu a partir da tensão criada sobre a rede de serviços, pelas corporações e mercado que atuam na saúde, para um processo de produção do cuidado centrado em procedimentos. Este processo se deu contando com um lastro teórico criado com base no Relatório Flexner<sup>5</sup> no início do século XX.

Temos buscado compreender os modelos assistenciais, como formas de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, e modos de produção do cuidado. Podemos a partir desta premissa entender que os modelos assistenciais assumem uma multiplicidade de formatações, e serão sempre os modelos quantos forem os saberes e práticas que se instalam a partir dos próprios trabalhadores. Estas configurações estão associadas, portanto, aos processos e tecnologias de trabalho, um certo modo de agir no sentido de ofertar certos produtos e deles obter resultados que sejam satisfatórios do ponto de vista da sua eficácia

tanto para o usuário quanto para o trabalhador da saúde.

Esta multiplicidade de saberes que vão configurar a mesma diversidade dos modelos de assistência ou modos de produzir no campo da saúde, pode ser bem discutida ao percebemos o campo de necessidades do próprio usuário, bem descrita pela classificação das necessidades de saúde em quatro tipos ou grandes conjuntos: “Em se ter ‘boas condições de vida’ [...] ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”<sup>6</sup>.

Esta classificação das necessidades tem por base a formação de um modelo assistencial pautado pela integralidade, diretriz que se organiza acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com os agenciamentos coletivos que operam sobre os trabalhadores certos modos de produzir o cuidado acionam o seu protagonismo na realização de certas cartografias que vão se desenhando e dando forma aos modelos assistenciais. Este agir na saúde que se verifica no âmbito da micropolítica traz consigo a ideia geral do uso das tecnologias de trabalho, a centralidade do trabalho vivo e os vários elementos que compõem o modo de produção do cuidado. A integralidade pode se realizar como uma diretriz burocrática e meramente prescritiva, quando sobretudo os processos de sua realização ficam centrados nos procedimentos, no ato burocrático, nas maquinarias, instrumentos, protocolos, dando

pouca liberdade para os próprios trabalhadores, ou pode assumir a configuração de um trabalho mais pautado pelas tecnologias relacionais. O processo em ato é o que vai definir como esta diretriz se institui no processo produtivo.

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contratualidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela. No âmbito da reforma sanitária brasileira e nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nas décadas de 70 e 80, o modelo assistencial, entendido como a forma de organização da assistência, organizou-se para a distribuição dos serviços de saúde, de forma estrutural hierarquizada, organizando uma intervenção sobre o território. Mesmo que esta ainda seja a forma hegemônica de conceber e organizar as redes de atenção, observa-se que há uma diversidade muito maior, e várias diretrizes operacionais vão configurando, dentro do próprio modelo, formas inusitadas de produzir o cuidado. É próprio da riqueza do SUS, resultado da ação dos trabalhadores no âmbito da micropolítica do processo de trabalho para o cuidado em saúde.

## **A COMPOSIÇÃO TÉCNICA DO TRABALHO E REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA SAÚDE**

Já mencionamos anteriormente que ao observar o processo de trabalho na saúde, em especial na microfísica dos espaços de trabalho,

em especial a micropolítica que ali se instaura, o trabalho opera seu núcleo tecnológico composto de trabalho morto - TM, instituído na maquinaria e instrumentos, e trabalho vivo - TV, que é o trabalho em ato<sup>2,8</sup>. Este encontro em o trabalho morto e trabalho vivo no interior do processo de trabalho reflete uma certa correlação entre eles, no núcleo tecnológico do cuidado. À esta correlação, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), isto é, a CTT é a razão entre TM e TV<sup>8</sup>.

Inferimos daí que a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao Trabalho Morto, isto é, está sob sua hegemonia, vai refletir em processos de trabalho com menores graus de liberdade, operando um cuidado mais capturado por lógicas estruturadas de desenvolvimento do trabalho, quais sejam, as normas de funcionamento das equipes de saúde, medidas rigidamente vinculadas aos protocolos, e todo arsenal que de regulação do trabalho. Ao contrário se houver predominância do Trabalho Vivo, em ato, o trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo exercer melhor a criatividade necessária ao cuidado em saúde, fortalecer os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto mais possibilidade de conduzir o trabalho por diretrizes como o Acolhimento, estabelecimento de vínculo, acompanhamento dos projetos terapêuticos, que são diretrizes que para se efetivarem na rede de serviços, como mudanças estruturais na produção do cuidado, são dependentes das tecnologias leves. Se isto não ocorre o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo quando Acolhimento vira triagem, o Vínculo se realiza apenas administrativamente, e o acompanhamento de Projetos Terapêuticos

se dá de forma protocolar, com base nos procedimentos exclusivamente. Como exemplo, utilizamos o trabalho de um profissional da saúde, para atender à necessidade do usuário, no cuidado à hipertensão arterial. Aqui podemos dizer que pode ter duas alternativas de projeto terapêutico: 1<sup>a</sup>.) ele cuida do problema de saúde, utilizando quase exclusivamente os exames e medicamentos, em um processo de trabalho centrado no ato prescritivo. Neste caso, o núcleo tecnológico do cuidado está centrado no Trabalho Morto (instrumental). 2<sup>a</sup>.) ele trabalha um projeto terapêutico mais relacional com o usuário, que mesmo utilizando do instrumental (exames e medicamentos), reconhece no usuário uma singularidade, pois traz consigo uma certa origem, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade e é ativo na busca da sua saúde, pois é um sujeito desejante. Aqui ele trabalha horizontalmente, considerando o usuário em uma relação intercessora<sup>3</sup> estabelecida no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde<sup>2</sup>. Na relação intercessora o trabalho vivo dá possibilidade de interação, construção conjunta do projeto terapêutico, pois a liberdade aí presente faz deste encontro algo inusitado e único, acoplando-se à singularidade do usuário, aproximando ao máximo as atividades de trabalho e produção do cuidado às suas reais

3 “intercessoras está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Anti-Edipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘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”<sup>1</sup> (pág. 50-51).

necessidades.

Importa registrar, que a Composição Técnica do Trabalho não é mensurável, é um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho<sup>8</sup>. Se a razão existente entre trabalho vivo e trabalho morto no núcleo tecnológico do cuidado estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador de que o trabalhador conta com altos graus de liberdade, maior auto-governo do seu próprio processo de trabalho, podendo estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva, porque mais inclusiva desta usuário como sujeito também da produção do seu próprio cuidado. Esta pode se dar sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização.

Considerando que o modelo assistencial atual tem no seu modo de produção do cuidado, um processo de trabalho centrado no trabalho morto, a mudança do modelo requer uma inversão, isto é, um modelo em que o processo de trabalho tenha como centro o trabalho vivo, com utilização maciça das tecnologias leves e secundariamente das leve-duras e duras, conforme a necessidade dos projetos terapêuticos singulares. Estes processos de mudança são entendidos como uma reestruturação produtiva da saúde, e veem tensionando o campo da gestão do cuidado, como saber e fazer. A reestruturação produtiva é caracterizada por um modo produzir saúde, diferente do modo em que o cuidado é centrado no ato prescritivo, aqui entraria um esforço relacional onde a prescrição está presente,

mas subsumido por todos os componentes do cuidado em que o aspecto relacional se institui, com uma clínica que envolve também o aspecto afetivo e subjetivo do usuário<sup>12</sup>. Há muitos processos anunciados como mudança, mas que não conseguem impactar os processos de trabalho, não criam a inversão tecnológica na Composição Técnica do Trabalho, e sendo assim não se efetuam realmente. Então concluímos que a reestruturação produtiva, que é um processo instituinte no modo de produção do cuidado, pode ou não se instituir como uma nova modelagem tecnoassistencial para a saúde. Se ocorrer de fato a mudança almejada, nomeamos a isto uma Transição Tecnológica, ou seja, o modelo produtivo transita para um novo patamar, ele faz uma ruptura instituindo práticas centradas no trabalho vivo, e nas tecnologias relacionais<sup>8</sup>.

Identificamos que há vários processos de Reestruturação Produtiva da saúde, em curso no Brasil, sobretudo quando estimulados por incorporação de tecnologias duras nos serviços, alterando os processos de trabalho e impactando o modo de produzir o cuidado, e há também outros processos envolvendo a mudança da rede básica de saúde. Importa registrar que não se deve fazer um juízo de valor sobre os processos de reestruturação produtiva, não se tem como afirmar se eles produzem o bem ou o mal do ponto de vista da produção do cuidado. O que sugerimos é analisá-los de forma singular, caso a caso, com foco na dinâmica da micropolítica que se instaura, e a partir disto forma-se uma opinião sobre o caso. Este debate nos fornece ferramentas para isto, então o fundamental é antes de mais nada compreender os processos em curso.

Para exemplificar, de lugares diferentes,

mencionamos alguns processos de reestruturação produtiva que foram estudados e podem ilustrar o que estamos discutindo. O trabalho de Pires<sup>15</sup> relata o processo de incorporação de novas tecnologias na produção da assistência em dois hospitais, um público e outro privado. No caso analisado, é notório o impacto que causa a incorporação tecnológica no hospital, mudando o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, o núcleo tecnológico do cuidado permanece inalterado, isto é, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que revela a captura do trabalho vivo pelo instrumental, a não valorização da tecnologia leve no processo produtivo.

Outro processo de Reestruturação Produtiva pode ser verificado no Programas Saúde da Família, que em muitos casos, mudam a forma de produzir, sem no entanto alterar o processo de trabalho centrado nas tecnologias duras. A formação da equipe, o deslocamento do trabalho para o território, e o incentivo ao trabalho de vigilância e promoção da saúde, dão uma idéia de que há mudança do modo de produzir saúde, no entanto, a micropolítica de organização do trabalho revela, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que continua operando um processo centrado na lógica instrumental, prescritiva, de produção do cuidado, fortemente centrada nas tecnologias duras<sup>15</sup>.

Como último exemplo, a saúde suplementar tem reestruturado sua produção, com objeto de impactar os custos da assistência à saúde. Isto vem sendo feito, introduzindo no campo da micro-regulação do trabalho, diretrizes do “*managed care*”, que pressupõe o controle do ato prescritivo do médico, com base em protocolos técnicos e a auditoria de

um administrador, ao qual, muitas vezes, é delegado o poder de autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida. No entanto, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras, apesar de haver impacto importante no processo de trabalho do médico, especialmente pela captura do seu micro processo decisório<sup>17</sup>.

Em todos estes casos, observamos que há mudanças em curso, a partir da alteração verificada no processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, a Composição Técnica do Trabalho, isto é, a razão entre trabalho vivo e trabalho morto, no núcleo do cuidado, permanece sob hegemonia do segundo, nos revelando que não há uma alteração estrutural no modo de produzir saúde. O trabalho executado a partir da relação entre sujeitos, acolhedor e produtor de vínculo com responsabilização sobre a clientela, acompanhando projetos terapêuticos cuidadores, é subsumido por uma lógica instrumental, tecnologias duras centrada, realizado a partir do ato prescritivo. A mudança verificada nestes casos, não chega a alterar de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, o modo de produção do cuidado permanece submetido à lógica do alto consumo de tecnologias duras, substituindo processos mais relacionais.

A reestruturação produtiva pode vir a produzir mudanças no núcleo tecnológico do cuidado, compondo uma hegemonia do Trabalho Vivo, e neste caso então, passamos a trabalhar com outro conceito, que ajuda a pensar a mudança neste nível, no modo de produzir saúde, que é o de Transição Tecnológica, como já mencionado anteriormente. Esta é caracterizada por mudanças no modo de produzir saúde, impacta processos de trabalho,



alterando a correlação das tecnologias existentes no núcleo tecnológico do cuidado, a Composição Técnica do Trabalho.

É sempre um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente orientado. Assim deve configurar um novo sentido para as práticas assistenciais tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, junto dos usuários e na resolução dos seus problemas. À primeira vista, pode-se imaginar que há uma tênue linha divisória entre os dois conceitos (Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica), mas ao debruçarmos sobre os efeitos que têm no cuidado ao usuário, um processo produtivo guiado por uma lógica instrumental e outro, por Trabalho Vivo em ato, e suas tecnologias leves, que pressupõe uma lógica relacional, observamos que são dois mundos muito distintos.

### **SUBJETIVIDADE COMO UMA DIMENSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Negri e Lazzarato<sup>18</sup> caracterizam o trabalho hegemônico no mundo atual como “trabalho imaterial” porque formado sobretudo pela estrutura de serviços, pautado pelo “trabalho cognitivo” como principal insumo dos processos produtivos. O trabalho imaterial segundo os autores é formado por três dimensões: o trabalho cognitivo; midiático e cultural, e o trabalho afetivo. Hardt<sup>19</sup> prosseguindo este debate coloca em discussão especificamente o trabalho afetivo e pauta a saúde como um dos lugares de sua realização. O trabalho afetivo associado principalmente à saúde, educação e familiar, de acordo com o autor, envolve o cuidado, a reprodução da vida, é marcado pelos encontros. No caso da saúde

especificamente, este aspecto fortalece a ideia de uma dimensão subjetiva nos processos de trabalho, o que passamos a discutir em seguida.

Como vimos até aqui, o processo de trabalho na saúde é profundamente marcado pela ação do trabalho vivo em ato e, portanto, sempre que discutimos a produção no campo do cuidado, os sujeitos-do-trabalho comparecem no centro do debate. Percebemos que ao mesmo tempo em que analisamos sua atividade cotidiana, coloca-se em análise a subjetividade e os processos de subjetivação implicados nesse processo e que se constituem como campos de força da micropolítica do processo de trabalho e do modo de produção da saúde. A subjetividade é histórica e socialmente produzida. Seu núcleo operativo se encontra no desejo processado em âmbito inconsciente, o qual faz com que as pessoas na sua atividade no mundo da vida, produzam este mesmo mundo, e são por eles produzidas<sup>20</sup>. A produção do meio social assim se direciona para diferentes conformações da realidade no âmbito do trabalho em saúde. O desejo age como uma força propulsora do sujeito, para a sua produção social.

Essa subjetividade opera em redes, animando a micropolítica do processo de trabalho e expandindo o seu alcance. Esse movimento em redes é constitutivo do processo de trabalho em saúde. Forma-se nas relações entre os trabalhadores, deles com os usuários e em linhas de conexão para dentro e fora do domicílio, em fluxos abertos como o rizoma, sugerido por Deleuze e Guattari<sup>21</sup>. Essas redes se formam por fluxos-conectivos que impulsionam determinado projeto terapêutico e operando assim uma dada linha do cuidado em todo processo que cerca o usuário<sup>22</sup>. Compreender o modo como o trabalho vai

operando nessa rede é importante para revelar as linhas e seus pontos de ruptura no cuidado ao usuário.

As redes só conseguem operar com alta intensidade nos seus fluxos, se caracterizando como uma substitutividade das tecnologias e práticas, cumprido requisitos de altos graus de liberdade no processo de trabalho. Isto poderia configurar uma reestruturação produtiva, substituição parcial do atual modo de produção do cuidado, ou pode-se observar uma transição tecnológica, modelo no qual haveria uma radical mudança no processo de trabalho. Fazem parte do cenário de mudança, portanto, o trabalho, as tecnologias de trabalho, subjetividade e uma ética do cuidado, que é o modo de ser de cada um em relação ao outro, enquanto se trata de saúde.

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, possibilita a formação de uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. Apesar do trabalho vivo sofrer processos de captura pela normativa que regula a vida dos trabalhadores, individuais e coletivos, no interior das organizações, permanece uma capacidade operativa nas redes dos serviços, dada pela sua natureza rizomática, isto é, sua constituição por fluxos de conexão entre equipes, no plano mesmo da micropolítica. Isto torna possível ao trabalhador operar linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, sendo ele próprio capaz

de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.

Para ilustrar um pouco essa afirmação, lembramos que a organização da rede básica de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é excessivamente normatizada; o Programa Saúde da Família reflete muito essa diretriz normativa, como por exemplo quando a rede opera sob a lógica das ações programáticas e determina horários específicos para atender certo tipo de clientela, as fichas e senhas, a disponibilidade de certos procedimentos – enfim, a norma impõe fortes amarras aos trabalhadores, que se vêm constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Isto é o aprisionamento do seu trabalho vivo, impeditivo para o estabelecimento de relações positivas para com os usuários.

Por outro lado, imaginemos que o trabalho vivo em ato é autogerido e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se “inadaptados” aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um “fantasma”

que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse “fantasma” é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutiva.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes operando em conexões entre si, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado. Vamos percebendo que a cartografia do trabalho vivo é composta por muitas linhas em conexão, que se abrem em múltiplas direções. Isso lhe dá essa extraordinária característica, caótica, revolucionária, potencialmente instituinte. “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo”<sup>15</sup>. Pretendemos discutir essas redes na sua constitucionalidade. Procuramos didaticamente diferenciar três níveis de organização das mesmas, sabendo que elas se confundem no plano da realidade.

Uma primeira reflexão que sugerimos é sobre a imanência das redes no processo de trabalho em saúde – isto é, elas são constitutivas dos sistemas produtivos, ou seja, todo processo de trabalho em saúde opera em redes, firmando a posição de que a questão em foco é passa a ser a seguinte: que tipo de rede, ou que característica específica estão operando em certos processos de trabalho? Ou seja, não questionamos sua existência, e, portanto vamos ao ponto seguinte, que é o de analisar e caracterizar as redes.

A segunda questão colocada diz respeito ao caráter rizomático das redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, em especial na micropolítica dos processos de trabalho. Nesse ponto faço a opção por certo tipo de rede que adoto como parâmetro para discuti-la sob o

foco da micropolítica, e essa escolha tem a ver com a ideia de uma rede não modelar e que não serializa as práticas em saúde, tratando cada caso como um novo cuidado a ser produzido, respeitando singularidades e fazendo a todo o momento novos fluxos de competência. Procuo significar a rede que opera com base no trabalho vivo em ato e as múltiplas conexões possíveis a partir do ambiente de produção.

A terceira questão discutida aqui diz respeito ao caráter auto-analítico e autogestionário presente nas redes que operam na micropolítica dos processos de trabalho. Esse caráter não está dado *a priori*, é colocado como possibilidade e vai depender dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades. O conceito de singularidade é central, pois se refere ao fato de não reconhecer um sujeito e um objeto *uno*, mas multiplicidades. Como isso se dá? Partimos da ideia de que o sujeito acessa diferentes campos semióticos, quando organiza sua ação no mundo e, dependendo das representações simbólicas acessadas por ele, ele assume diferentes atitudes. É como se essas representações organizassem no sujeito trabalhador um modo específico de ver o mundo e de nele atuar. Isso faz com que os trabalhadores atuem de forma singular, compondo sua atitude, certa subjetividade, as representações simbólicas do mundo do trabalho em saúde e os diversos vetores de formação da realidade presentes no seu cotidiano. Não há um sujeito, mas singularidades, algo parecido com a ideia de que “um” são “vários”.

A análise que aqui se faz, da imanência das redes nos processos de trabalho em saúde, supera a polarização do discurso que sugere haver um serviço, que organiza seu processo de

trabalho sem redes *versus* um outro que produz o cuidado a partir de processos de trabalho que funcionam em redes. Como já observamos todo processo de trabalho em saúde opera em redes, mesmo que este venha a sofrer interdições e capturas de modelos tayloristas, tragicamente normativos na organização do trabalho. A questão central é pensar o perfil que assumem as redes constituídas no cenário de produção da saúde. Há aquelas que se organizam nesses cenários, com práticas de reprodução da realidade, repetindo velhos métodos de gestão do cuidado. Essas redes são modelares, capturadas por sistemas normativos de significação da realidade, serializam as práticas de cuidado quebrando a lógica das singularidades existentes tanto no trabalhador quanto no usuário. Há outras que se organizam em conexões e fluxos contínuos de cuidado, onde são produto e ao mesmo tempo produtoras da ação dos sujeitos singulares que se colocam como protagonistas em um determinado serviço de saúde. Essas redes compõem um mapa que se vai formando como se as suas linhas navegassem sobre a realidade, em alta intensidade de fluxos. Têm alta potência de constituição do novo, um devir para os serviços de saúde, associados ao cuidado e centrado nos campos de necessidades dos usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro aspecto a considerar é a centralidade do processo de trabalho na configuração do modo de produção do cuidado. Aí está a potência produtiva, a possibilidade de criar. O ato produtivo do trabalhador é a questão central a ser verificada quando vamos analisar os modelos de assistência, rompendo com a ideia de que ele é “determinado”, como se uma força exterior o definisse; para outra em que

ele é “produzido”, em um processo onde todas as forças convergem na sua imanência, isto é, a potência produtiva está no próprio ato de produção, é intrínseca ao processo produtivo, e assim têm como centro o próprio trabalhador.

Sendo assim as análises sobre o trabalho em saúde precisam reconhecer que, por ser um processo centrado no trabalho vivo, o processo de produção do cuidado traz toda bagagem subjetiva que é própria do humano. O trabalho vai se realizado de forma a que seja tecnologicamente orientado, permeado por certas intencionalidades dos trabalhadores, e também operam em uma dimensão subjetiva. Não há hipótese em que no trabalho em saúde, a subjetividade deixe de ser algo relevante a ser considerando e também posto em análise junto com as demais dimensões da produção do cuidado.

Portanto, o que se percebe é que a descoberta de que o trabalho na saúde é centrado no trabalho vivo, abre a possibilidade para discutir o fato de que há uma produção subjetiva do cuidado, pois o agir cotidiano de cada um é dado também por esta dimensão. Seu reconhecimento possibilita aprofundar na compreensão dos fenômenos que envolvem o trabalho na saúde e a produção do cuidado. As análises remetem necessariamente a intervenções sobre a própria rede de saúde, o que possibilita a articulação de novos arranjos para os processos de produção do cuidado, associados ao campo das necessidades dos usuários, ao seu núcleo solidário, e assim é possível ofertar o máximo de possibilidades para a inesgotável capacidade criativa do coletivo de trabalhadores que compõem as redes de atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Merhy, EE. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 1997.
2. Gonçalves, RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Marx, C. O Capital. São Paulo: Difel; 1985. Volume I.
4. Merhy, EE. Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Flexner, A. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching by Abraham Flexner. New York (EUA): Carnegie Foundation; 1910.
6. Cecilio, LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção. In: Mattos, R. E Pinheiro, R. Os Sentidos da Integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/ UERJ – FIOCRUZ; 2001.
7. Franco, TB. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde. Campinas: Unicamp, Tese de Doutorado; 2003.
8. Franco, TB e Galavote, HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco, TB e Ramos, V, “Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde”. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Pires, D. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Anabrume/CNTSS; 1998.
10. Franco, TB e Merhy, EE. PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública; 1999; 15(2):345-353.
11. Iriart, C. Atenção Gerenciada: Instituinte a Reforma Neoliberal. Campinas: Unicamp, Tese de Doutorado; 1999.
12. Lazzarato, M e Negri, A. Trabalho Imaterial. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2001.
13. Hardt, M. O Trabalho Afetivo. In: Lancetti, A.O Reconhecimento do Concreto. São Paulo: Hucitec-EDUC; 2003.
14. Deleuze, G e Guattari, F. O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Lisboa-Portugal: Ciro & Alvim; 1972.
15. Deleuze, G e Guattari, F. Mil Platôs, Livro 1. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
16. Franco, TB. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho. In: Mattos, R. e Pinheiro R. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/ UERJ- ABRASCO; 2006.

**Artigo apresentado em 11/03/2012**

**Artigo aprovado em 01/04/2012**

**Artigo publicado no sistema em 17/04/2012**