

O TRABALHO EM SAÚDE: OLHANDO E EXPERIENCIANDO O SUS NO COTIDIANO. Emerson Elias Merhy, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, Josely Rimoli, Túlio Batista Franco, Wanderley Silva Bueno, organizadores. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

ISBN 85-271-0614-0

Os autores buscam analisar os serviços de saúde valendo-se de um certo olhar sobre o processo de trabalho que aí se desenvolve, baseados em uma grande aproximação com seu cotidiano e em experiências de intervenção realizadas, tendo como perspectiva a construção de um SUS pautado na defesa da saúde. Eles procuram compreender os serviços “por dentro”, ao mesmo tempo em que se mobilizam para encontrar caminhos que permitam sua remodelagem e expansão (sempre no sentido da produção da saúde). Dos sete capítulos que compõem o livro, cinco consistem em descrição e análise de experimentações realizadas em diferentes serviços de Minas Gerais (Betim, Belo Horizonte, Luz) e São Paulo (Campinas), em diálogo com os conceitos criados (e/ou adotados) pelos próprios autores (inspirados destacadamente na obra conjunta de Deleuze & Guattari^{1,2}). O conjunto dessas pesquisas-intervenções é marcado pela compreensão de que há múltiplas possibilidades de criação no nível “micropolítico”. Rompendo com a idéia que os modelos de atenção são totalmente predeterminados, os autores – todos intimamente ligados ao objeto e ao campo empírico analisados – indicam que sua “fabricação” resulta dos processos de negociação entre os atores dos serviços (trabalhadores, usuários e gestor-governo), de acordos nem sempre conhecidos. Em suas palavras, apontam que os atos de cuidado expressam as muitas formas que as políticas de saúde podem assumir. A concepção de saúde como “modos de caminhar na vida” (cuja inspiração efetiva encontra-se em Canguilhem³) também está presente no livro, especialmente no primeiro capítulo, no qual o leitor é apresentado a vários dos conceitos criados (e/ou adotados) no percurso militante-acadêmico dos autores. Mediante esses materiais, dão um passo importante e até mesmo original para a construção de uma “caixa de ferramentas”, que contém instrumentos úteis à “produção do cuidado” e à gestão dos serviços de saúde.

A finalidade de qualquer ação em saúde, para os autores, é o *ato de cuidar*, o que requer tecnologias de trabalho – um “conjunto de conhecimentos e ações” – que estão materializados em máquinas e instrumentos ou em recursos teóricos ou técnicos (“tecnologias duras ou leve-duras”), mas também estão dispersos “nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho vivo em ato” (p. 116). Sendo o trabalho em saúde essencialmente “intercessor”, relacional, as “tecnologias leves” operam a função criativa dos serviços de saúde e,

portanto, devem conduzir a “produção do cuidado”. Cabe então potencializar o “trabalho vivo em ato”, o que “ocorre no momento mesmo em que ele se realiza”, proposição fértil e que talvez pudesse ser enriquecida com o patrimônio de descobertas presentes em abordagens criadas na França (a Ergonomia da Atividade, a Psicodinâmica do Trabalho, a Clínica da Atividade e a Ergologia) que compreendem que todo trabalho passa incontornavelmente pelo encontro com o real.

Na fabricação dos modelos de atenção é de grande relevância a ênfase dada ao reconhecimento das contribuições de todos os trabalhadores de saúde, independentemente das demarcações formais de qualificação, bem como aos meios que podem propiciar o debate e a cooperação entre eles. Entretanto, visto que esta fabricação, em sua proposição, deve ser centrada no usuário (em suas necessidades de saúde), pareceu-me fundamental examinar como essas se encontram aí delineadas. Ao examiná-las, percebi que não é dada maior evidência às necessidades do usuário relativas à sua vida no trabalho, considerando que sabemos que esses são majoritariamente trabalhadores (mesmo que estejam desempregados, mesmo que estejam vinculados prioritariamente ao trabalho doméstico), ou têm sua vida sob influência decisiva das questões pertinentes ao trabalho, como as crianças, os velhos. Entendendo que a proposta de um serviço de saúde usuário-centrado deve ser definida pelos interesses do trabalho (em oposição aos interesses do capital e da lógica econômico-financeira que lhe é consentânea), pareceu-me fundamental considerar mais claramente como as condições e as formas de organização de trabalho dos usuários-trabalhadores interferem nos “modos de caminhar na vida”, tendo em vista a produção da saúde. Afinal, os acordos e negociações que se efetivam entre os atores não seriam orientados por necessidades e racionalidades ligadas ao mundo do trabalho? Ou seja, as análises sobre os serviços de saúde não poderiam ser ainda mais fecundas se partissem do princípio de que o trabalho em saúde ocorre sob relações entre indivíduos trabalhadores (e não entre indivíduos trabalhadores e estes e os usuários)?

O “acolhimento” é tomado no capítulo 2 como foco analítico para que com base na apreensão do “trabalho vivo em saúde” se possa refletir sobre a “micropolítica” do trabalho. Mais especificamente, este tema é apresentado como possibilidade de discutir a produção da relação usuário-serviço, no tocante às ações de recepção nos estabelecimentos de saúde, à medida que o “acolhimento” se dá em um “espaço intercessor”, do qual pode participar qualquer trabalhador de saúde. Discute-se uma experiência de implantação do “acolhimento” em uma Unidade de Saúde de Betim, destacando a importância do processo relacional para a produção da responsabilização clínica. Por meio de dados, inclusive objetivos, contactou-se que o des-

locamento das ações para uma equipe multiprofissional gera modificações radicais no processo de trabalho em saúde. Uma das principais mudanças registradas, no período de um ano, diz respeito a uma maior utilização do potencial dos trabalhadores de enfermagem e assistência social, cujas energias passaram a ser mais mobilizadas. Mas os limites dessa experiência não deixaram de ser apontados, recaindo entre outros pontos na dificuldade de adesão dos profissionais médicos a tal proposta.

Se no primeiro capítulo entramos em contato com as idéias norteadoras dos estudos apresentados no livro, no capítulo 3 encontramos uma pequena incursão na história da saúde pública e uma análise contextualizada das políticas de saúde, sob o ponto de vista dos momentos políticos e econômicos particulares. Tudo isso para se chegar a uma análise fundamentada do Programa Saúde da Família (PSF), valendo-se do processo e tecnologias de trabalho em saúde, buscando compreender suas possibilidades e limites. Texto bastante rico, em que as proposições dos autores são retomadas, tornando-se para mim mais claras. De fato, são muitas as questões colocadas pelos autores do capítulo, no sentido de desvendar o “núcleo epistemológico que alimenta o PSF e seu campo operativo” (p. 59), pautando-se em considerações sobre diferentes modelos de atenção à saúde. Destacando a existência de raízes comuns entre a proposta da reforma sanitária e o PSF, chamam a atenção que a estrita modificação da estrutura não garante um novo tipo de relação entre profissionais e usuários, no que tange às tecnologias de saúde e ao compromisso com a cura e o cuidado. Isto porque o desenho do PSF não opera nos “microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres cotidianos de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência” (p. 105). Entendem que o PSF localiza bem o problema do atual modelo de assistência – o processo de trabalho – mas acaba sendo engolido pela dinâmica do trabalho centrada na produção de procedimentos e não na produção do cuidado, enfim, na hegemonia médica, por não discutir criticamente a questão. Problematizam o caráter altamente prescritivo do Programa, considerando que sua definição no nível central não contribui para um movimento de criatividade das equipes (nesse ponto, me pergunto, sob influência da Ergonomia da Atividade: ora, para dar conta das prescrições e para fazer face ao que encontram no cotidiano, os trabalhadores não re-elaboram necessariamente as tarefas prescritas?). Os autores lembram que a produção de cuidado requer o acesso às tecnologias de trabalho (direcionadas pelas “tecnologias leves”) e a interação dos diversos conhecimentos profissionais, além de intervenções singulares em problemas específicos que se apresentam. Disso decorre a proposta de elaboração de “projetos terapêuticos” individuais pelas equipes, a ser administrado por um “gestor do cuidado”, a quem cabe fa-

zer a mediação entre os diversos saberes profissionais necessários à determinada ação de saúde. O tema dos “projetos terapêuticos” e a função de “gestor do cuidado” também é tratado no capítulo 4, que discute a questão da integralidade, com base na experiência do *Projeto BH-Vida: Saúde Integral*. As “linhas de produção de cuidado”, estruturadas por projetos terapêuticos, são apresentadas como fruto de um grande pacto entre todos os atores que controlam os serviços e recursos, ficando a equipe de saúde responsável pelo cuidado, por intermédio de um comitê gestor.

No capítulo seguinte a pesquisa-intervenção parte de uma demanda do Serviço Social do Hospital das Clínicas de Campinas – que busca maior clareza quanto a seu papel – e se desenvolve por meio de processos coletivos, fazendo uso de “ferramentas analisadoras”: “fluxograma descritor” e “rede de petição e compromissos”. A primeira ferramenta busca recuperar graficamente o fluxo seguido pelos usuários no serviço pela lembrança de cada profissional da equipe quanto às perguntas que lhe são dirigidas, as decisões tomadas etc. Para a construção da “rede de petição e compromissos”, foram identificados e relacionados os diversos atores que estabelecem relação com o Serviço Social. A análise realizada pela utilização dessas ferramentas visa revelar aos trabalhadores as amarras do serviço de saúde, o que me leva a colocar uma outra questão: como os trabalhadores lidam com essas amarras, o que fazem para se livrarem delas, no cotidiano? Com a análise dos materiais produzidos com essas ferramentas, verifica-se que há ao mesmo tempo três hospitais operando em um mesmo ambiente: o dos médicos, o das assistentes sociais e o da burocracia. O hospital das assistentes sociais tem como referência um ideário com parâmetros humanitários, distante dos interesses dominantes presentes. Assim, são identificados inúmeros “ruídos” atravessando o Serviço Social. Verifica-se também que a missão real do Serviço Social é bem mais restrita que o ideal de missão construída na profissão: garantir a adesão do usuário ao tratamento, após encontrar barreiras que podem fazê-los desistir.

O “fluxograma descritor” é testado também no Município de Luz, em combinação com os projetos terapêuticos, em apoio ao planejamento, caso apresentado no capítulo 6. Em 1998, um novo modelo assistencial para a saúde foi aprovado no Município, após intensos debates na comunidade, desencadeando um rico processo, iniciado no ano seguinte. Orientada pelas diretrizes de Acesso, Acolhimento, Vínculo/Responsabilização, Resolutividade e Vigilância à saúde, a estratégia de reorganização escolhida teve como foco o processo de trabalho, mediante intervenção no nível “micropolítico” e buscando detonar processos instituintes que partiam de um desejo detectado de mudança. No desenvolvimento da intervenção, foi possível identificar os meandros do pro-

blema da provisão de medicamentos, enredado numa lógica filantrópica e numa lógica econômico-administrativa que fugia à governabilidade da Secretaria de Saúde. As análises operadas permitiram encaminhamentos para a resolução desse e doutros problemas que se revelaram na intervenção. Com essa fecunda experimentação, foi para os autores possível avaliar que “projetos terapêuticos cuidadores”, centrados nos usuários e suas necessidades, podem servir de “dispositivo”, uma vez que as ações de saúde são produzidas com base nele, de forma integrada e interativa.

Uma “intervenção pedagógica” é discutida no último capítulo. A pesquisa, que se configurou em uma dissertação de mestrado, teve como pauta uma série de perguntas relativas à capacitação das equipes de saúde e às estratégias mais adequadas para a qualificação da assistência. Realizada em dois centros de saúde de Campinas, desenvolveu-se em 26 encontros pedagógicos com os trabalhadores, em que se trabalhou: a “subjatividade” do trabalhador, a natureza do trabalho em saúde, a relação terapêutica, e a dinâmica relacional das equipes de saúde, entre outros temas. As diretrizes do Acesso e do Acolhimento foram eixos da intervenção, que se referenciou na metodologia da pesquisa-ação e em conceitos da análise institucional, tendo, contudo, como linha de costura o psicodrama pedagógico. Sem eximir a Secretaria Municipal de Saúde de suas atribuições de prover os recursos para que os centros de saúde realizem suas missões, a autora aposta na idéia de que os trabalhadores podem muito fazer, dentro do espaço de autonomia e recursos que controlam. E acaba demonstrando que sua aposta estava certa, pois ao avaliar os impactos da intervenção, um ano depois, observou mudanças no processo de trabalho dos dois centros de saúde, além de estarem sendo noticiadas outras estratégias, como um abaixo-assinado para a construção de um novo prédio para o funcionamento do serviço. Constatou que as categorias de Acolhimento, Vínculo e Acesso, entre outras, foram incorporadas por aqueles que participaram da intervenção, destacando, entretanto, que o potencial desta pesquisa foi limitado pela não-participação dos médicos e dentistas. Com a leitura deste capítulo fui despertada para algo que diz respeito também aos textos anteriores: considerando que a potência do “trabalho vivo em ato” é sempre atravessada pela questão da saúde dos próprios trabalhadores de saúde, essa questão não mereceria ser incorporada aos estudos/intervenções que buscam mudanças nos serviços?

Enfim, este livro é finalizado de um modo muito positivo, apontando a pertinência do uso de metodologias que objetivam disparar mudanças nos processos de trabalho em saúde e movimentos criativos por parte dos trabalhadores. Ressalto ainda outro grande mérito destes estudos: partem de um pressuposto absolutamente correto de que há uma grande distância entre os projetos e o trabalho em saúde. Distância gerada, dentre outros fatores, pelo lamentável desconhecimento do que é trabalhar e das variabilidades sempre encontradas nos processos de trabalho, isto é, pela ausência do *ponto de vista da atividade*.

Jussara Cruz de Brito
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
jussara@ensp.fiocruz.br

1. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
2. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.
3. Canguilhem G. O normal e o patológico. 3ª Ed. Forense Universitária; 1990.

INFLUENZA, A MEDICINA ENFERMA: CIÊNCIA E PRÁTICAS DE CURA NA ÉPOCA DA GRIPE ESPANHOLA EM SÃO PAULO. Liane Maria Bertucci. Campinas: Editora Unicamp, 2004. 442 pp.

ISBN: 85-268-0659-9

A gripe espanhola foi um dos acontecimentos sanitários do século XX que mais fortemente atualizou a experiência trágica provocada por epidemias, as “pestes” que assolaram a humanidade no decorrer da história. Imagens de devastação, sofrimento, desespero. Inúmeros doentes e mortos. A constatação da fragilidade e impotência para lidar com o mal. Nenhuma ciência detentora de solução eficaz, o sistema de saúde em xeque. Em meio ao desastre, manifestações de grandiosidade humana: organização de socorros, distribuição de remédios e comida. Mobilização civil, solidariedade. Ao mesmo tempo, demonstrações de pequenez, egoísmo, mesquinha: debandada de políticos, ações de aproveitadores de todo tipo. Este é o quadro que introduz o estudo de Liane Maria Bertucci sobre a epidemia da gripe na cidade de São Paulo, em 1918.

No período imediatamente anterior ao surgimento da epidemia, a cidade vivia transformações relativas ao crescimento populacional, diversificação das atividades econômicas e redesenho do espaço urbano. Na época, questões de salubridade já ocupavam a academia, jornais e opinião pública. Por exemplo, a reforma urbana e a busca de soluções para os principais problemas de saúde pública como tuberculose e febre tifóide. A questão que inicia o primeiro capítulo do livro é como a ciência da época, presente de diversas formas no cotidiano da cidade, estruturava oficialmente o cuidado sanitário no período imediatamente anterior à gripe espanhola.

O Serviço Sanitário do Estado, dirigido por Arthur Neiva, passou no período de 1917-1918 por reformulações baseadas em pressupostos científicos. Implementaram-se e redirecionaram-se práticas de saúde. Todo este processo foi posto em xeque a partir da segunda metade de 1918, com o surgimento da epidemia de gripe. A influenza tornou-se um pesadelo a partir da confirmação dos primeiros casos em meados de outubro. A doença foi anunciada como microbiana, mundial e sem meio de tratamento específico. A autora analisa o discurso oficial e ações implementadas pelo Estado; o esgotamento de todas as medidas frente à epidemia; a organização de um conjunto de ações voltadas ao apoio dos doentes e familiares; a desestruturação da vida cotidiana; o impacto da doença na população pobre. Como governo municipal, médicos e moradores da cidade agiram diante da devastadora epidemia?

Os clamores pela implementação do isolamento e segregação dos doentes, uma das alternativas mais antigas, acabaram por tornar a hospitalização a forma reconhecida de enfrentar a epidemia. Em face do