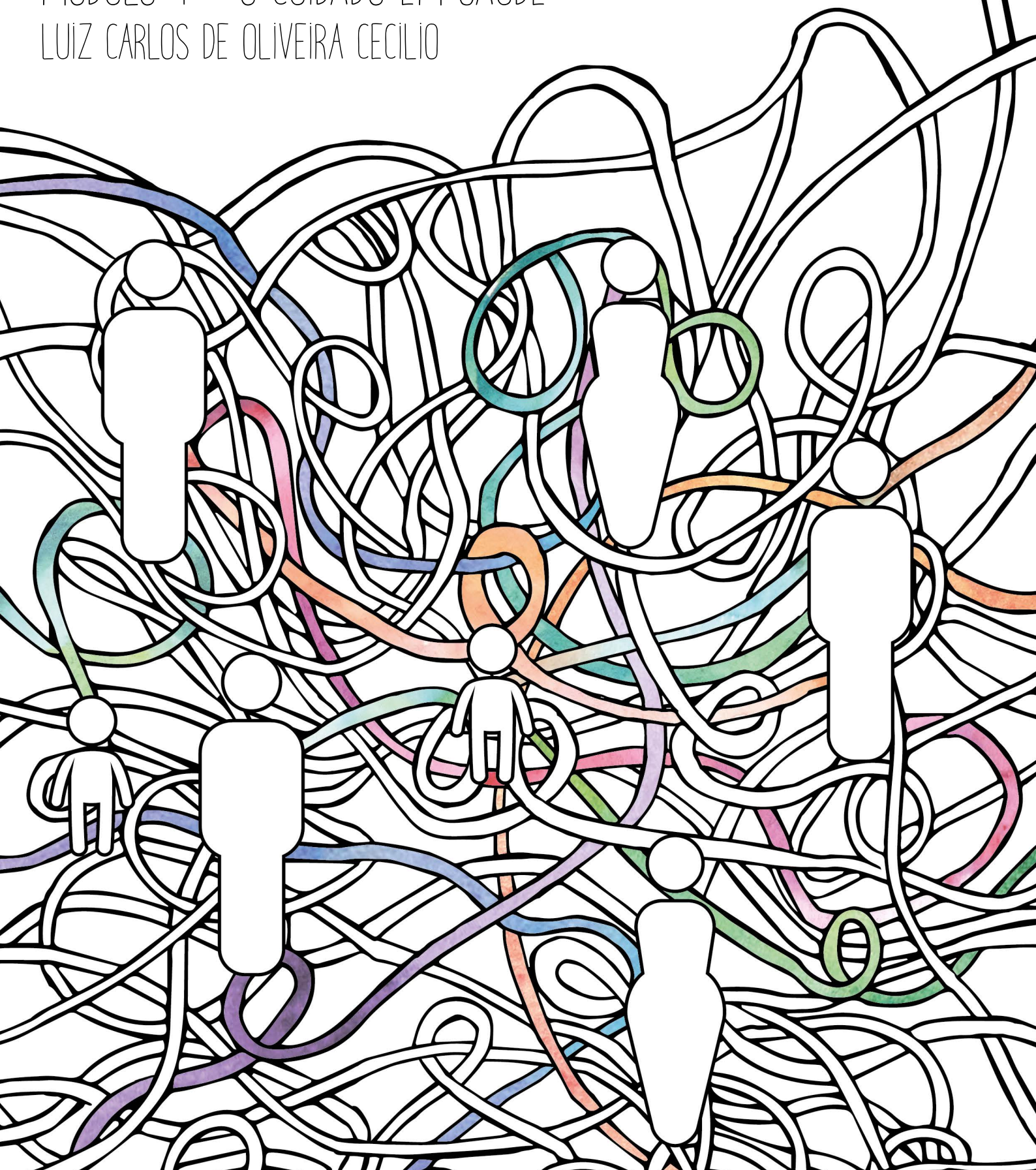


CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM  
SAÚDE MENTAL



MÓDULO 4 – O CUIDADO EM SAÚDE  
LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO



*Presidenta da República*  
Dilma Vana Rousseff

*Vice-Presidente*  
Michel Miguel Elias Temer Lulia

*Ministro da Saúde*  
Ademar Arthur Chioro dos Reis

*Ministro da Educação*  
Aloizio Mercadante

*Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES)*  
Secretário: Heider Aurélio Pinto

*Departamento de Gestão em Educação em Saúde (DEGES)*  
Diretor: Alexandre Medeiros de Figueiredo

*Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)*  
Diretor: Felipe Proença de Oliveira

*COSEMS/SP*  
Presidente: José Fernando Casquel Monti

*Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)*  
Diretora: Carissa Faustina Etienne

*Rede Universidade Aberta do SUS (Una-SUS)*  
Secretário Executivo: Francisco Eduardo de Campos

*Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC)*  
Presidente: Nulvio Lermen Jr

*Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FAP-UNIFESP)*  
Diretora Presidente: Anita Hilda Straus Takahashi

*Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)*  
Reitora: Soraya Shoubi Smaili  
Vice-Reitora: Valeria Petri  
Pró-Reitora de Extensão: Florianita Coelho Braga Campos

*Coordenação Geral do Projeto UnA-SUS (UNIFESP)*  
Juarez Pereira Furtado

*Coordenação Adjunta/Executiva*  
Alberto Cebukin

*Coordenação do Curso*  
Carla Bertuol  
Cicero Inacio da Silva  
Fernando Sfair Kinker  
Maria Inês Badaró Moreira

*Coordenação de Tecnologia e Informação*  
Daniel Lico dos Anjos Afonso  
Marlene Sakumoto Akiyama

*Coordenação de Produção*  
Felipe Vieira Pacheco

*Produção*  
Design instrucional: Vanessa Itacaramby Pardim  
Revisão ortográfica: Gabriela Braga da Silva  
Projeto gráfico: Fabrício Sawczen  
Diagramação: Fabrício Sawczen  
Web design: Eduardo Ono, Valéria Gomes Bastos

Edição, distribuição e informações

Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão  
Rua Sena Madureira, 1500 - Vila Mariana - CEP: 04021-001 - São Paulo - SP  
Fale conosco: 011 3385.4126  
<http://www.unasus.unifesp.br>

Copyright 2015

Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de São Paulo.  
É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

# INTRODUÇÃO

Prezado trabalhador do SUS, seja bem-vindo!

Costumo provocar alunos ou colegas de trabalho com a seguinte afirmação: “*o objeto do trabalho em saúde é a doença?*”. Doença, dor, medo, insegurança, perda de autonomia no modo de andar a vida: a doença nos atravessa e nos tira do prumo. Doentes, olhamos o mundo de outro lugar, sentimos falta do cotidiano, do trabalho, do dia a dia da vida. Uma nostalgia dos sinais da vida diária: de seus lugares, de seus tempos. Do ritmo e intensidades de nossa vida normal.

Então, nossa razão de ser como trabalhador da saúde - o cimento simbólico das organizações de saúde, como diz tão bem Anselm Strauss - é encarar a doença, é batalhar para a doença não agravar, é tentar trazer quem vive a experiência da doença para sua vida usual o mais rápido e do melhor modo possível.

Tomar a doença como objeto de trabalho totalmente convencidos de que saúde é mais do que ausência de doença. Sim, um aparente paradoxo parece compor nossa ética de trabalho: *se a doença é nosso objeto, saúde é muito mais do que ausência de doença*. E nem sempre é fácil ter tal horizonte ético-político como guia da *ação prática*. Cuidar é, em boa medida, re-inventar a Vida na doença. Experimentar outros modos de ser, outros modos de viver. Forjar novas possibilidades de existir.

Nesse texto, falo do cuidado em saúde, meu objeto de trabalho há quatro décadas. Médico clínico, médico sanitário, gestor, professor e pesquisador, sempre tive o cuidado em saúde como razão última do que sempre fiz. Exercito aqui algo que poderia ser chamado de uma “revisão autoral”, isso é, vou tentar recuperar parte do que andei escrevendo nos últimos anos, fazendo uma costura entre artigos, reflexões, notas de aula, tendo como fio condutor a tentativa de reconstrução do que andei pensando e produzindo sobre o cuidado em saúde.

Para fins de construção do texto, me ocorreu organizá-lo, e como provocação ao leitor, em quatro blocos de *negações*, com a pretensão de, ao final, conseguir produzir um painel positivo e multidimensional do que penso seja o cuidado em saúde.

As “*negações*” necessárias para se pensar o cuidado em saúde de forma ampliada:

- saúde **não** é só ausência de doenças;
- o cuidado em saúde **não** pode ser realizado isoladamente;
- **não** é possível pensar o cuidado sem quem vai ser cuidado.
- **não** existe um “trabalhador moral” na saúde.

Para a construção do texto, vou examinar cada uma das “negações” fazendo uso da minha produção teórica nos últimos anos, boa parte já publicada na forma de artigos, capítulos de livro, aulas e conferências, daí que acho adequado chamá-lo de uma *revisão autoral*: um autor revisitando seus próprios textos, buscando produzir, como novidade, um encadeamento entre eles que seja capaz de aportar elementos mais articulados sobre o cuidado em saúde. Para tanto, vou fazer uso de excertos de publicações que me permitam ir produzindo um “hipertexto”<sup>1</sup>, um texto de textos... E caberá ao leitor buscar os textos que tiver mais curiosidade de leitura.

### 1. Primeira negação: a saúde *não* é só ausência de doenças

Desde 2001<sup>A</sup>, tenho sistematizado e publicado considerações sobre o que denominei inicialmente de uma “taxonomia” das necessidades de saúde, e posteriormente, passei a denominar de uma “cartografia” das necessidades de saúde<sup>2</sup>.

A ideia de uma cartografia das necessidades de saúde é propiciar uma discussão mais ampliada do que sejam as necessidades de saúde, ponto de partida para a discussão do cuidado em saúde. Talvez a primeira coisa que possa ser pontuada aqui é o quanto a abordagem das necessidades de saúde, por mais que se adote um ponto de vista mais abrangente de sua compreensão, deva ser trabalhada, sempre, numa perspectiva singularizada para cada pessoa.

O que primeiro pode ser dito sobre as necessidades de saúde é que elas são social e historicamente construídas, isso **é, não** há necessidades de saúde universais, que existiram desde sempre e do mesmo modo. Cada época e cada sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, a próprias possibilidade de reconhecê-las, isso é, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, de atendê-las. Por isso é que se diz que as necessidades de saúde são histórica e socialmente construídas, como reconhecido nos trabalhadores fundadores do campo da Saúde Coletiva (Donangelo, MCF, Pereira, L, 1979; Laurell, 1982; Buss, PM, 2000). Ao mesmo tempo, podemos afirmar que tais necessidades só podem produzir sentido, em toda a sua radicalidade, e na perspectiva do trabalho em saúde, na sua “encarnação” em indivíduos singulares, mesmo quando sua leitura seja feita em um coletivo. Um bom exemplo atual seria a Aids. Não temos dúvida do seu caráter histórico e social, pois podemos caracterizar sua evolução no tempo, sua incidência e prevalência na população em geral, identificar os agrupamentos sociais mais vulneráveis, relacioná-la com os modos de vida contemporâneo, assim como podemos avaliar o impacto das ações de saúde, como, por exemplo, a política de distribuição dos antiretrovirais. No entanto, a relação com a doença, que pode resultar em maior ou menos sucesso da assistência prestada, que pode resultar em uma catástrofe individual ou

1 Um hipertexto, em uma de suas definições possíveis, é “a apresentação de informações escritas, organizada de tal maneira que o leitor tem liberdade de escolher vários caminhos, a partir de sequências associativas possíveis entre blocos vinculados por remissões, sem estar preso a um encadeamento linear único”. <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=hipertexto>. Assim, **o texto está organizado de modo a ir propiciando ao leitor os links para que ele possa ir aprofundando, livremente, as leituras que lhe possam interessar.**

2 Em 2012, ministrei um seminário com o nome “O trabalho em saúde”, como parte do curso “Formação em Cidadania para Saúde”, promovido pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CECES), quando tive oportunidade de fazer uma boa revisão do que havia produzido até então. O livro digital com a discussão completa sobre as necessidades de saúde pode ser acessado no link <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Sa%C3%BAde.pdf>. Para referência bibliográfica: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; O trabalho em saúde / Luiz Carlos de Oliveira, Francisco Antonio de Castro Lacaz. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 74p.

a possibilidade de seguir com uma vida produtiva e feliz, realiza-se numa esfera individual irreduzível. É o espaço de encontro entre o(s) trabalhador(es) de saúde e o portador do vírus do HIV que se constitui, em princípio, no território propício para a escuta das necessidades de saúde de forma mais ampliada, transformando-se em espaço de maior ou menos potência de ação. A escuta das necessidades de saúde, por isso, é a chave do trabalho em saúde (Cecilio, 2012, p).

Naquela publicação, apresentava um “mapa” provisório que permitisse a coletivos reunidos irem navegando sobre o tema “necessidades de saúde”, realizando uma espécie de cartografia exploratória em contextos de trabalho (uma equipe de PSF, por exemplo), ou em contextos de aprendizagem (um curso de capacitação, por exemplo). O mapa utilizado era o seguinte:

### Uma “cartografia” das necessidades em saúde



A ideia era usar o “mapa” como uma espécie de guia, tanto para uma reflexão teórico-conceitual ampliada sobre o tema necessidades de saúde, como apoio para elaboração de projetos terapêuticos singulares por equipes de saúde.

---

Não farei aqui a discussão detalhada de cada um dos quadrantes do mapa, remetendo o leitor interessado à discussão feita com detalhes no texto indicado acima (<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/70-Trabalho-em-Sa%C3%BAde.pdf>).

---

Posso dizer que tal mapa, que podemos chamar de um “mapa conceitual”, sempre me ajudou muito tanto em atividades didáticas, como em supervisão com equipes assistenciais. Na sua ousadia de quase simplificação de um conceito bastante complexo (necessidades de saúde),

ele tem o mérito de iluminar vários aspectos do conceito, permitindo sua apropriação e incorporação para a qualificação do cuidado em saúde.

O que o mapa deixa evidente, de modo bastante comunicativo, é que a necessidade de saúde não é só demanda<sup>3</sup> por consultas médicas e procedimentos, sendo necessário ter em conta vários outros elementos. E retomo aqui a afirmação que fiz na introdução: se a doença é nosso objeto enquanto trabalhadores de saúde, com certeza saúde não é só a ausência de doença. São muitas coisas mais que o mapa tenta dar conta para além do consumo de tecnologias de saúde. A proposta é, partindo do acolhimento das *demandas* de uma pessoa em sofrimento, fazer a melhor escuta possível de suas *necessidades*, ampliando as ofertas de cuidado. Mas, isso não é tarefa simples.

Para exemplificar, podemos pensar o caso de um portador de sofrimento ou transtorno psíquico grave. Tomando o mapa das necessidades de saúde como referência, e pensando na elaboração de seu projeto terapêutico singular<sup>B</sup>, vamos ver que o primeiro bloco de necessidades de saúde, aquele que diz respeito às “boas condições de vida”, cobra de a equipe estar efetivamente atenta à situação de trabalho e renda, estrutura familiar, vínculos sociais e afetivos entre outras coisas. Tudo aquilo que muitas vezes rotulamos como “problemas sociais”, que aparentemente não teriam nada a ver com o manejo clínico - que na prática clínica mais tradicional tenta-se isolar como se fosse tarefa para o serviço social, convocado em situações extremas de vulnerabilidade - agora deverá ser assumida plenamente no momento de elaboração do projeto terapêutico.

No caso da saúde mental, é quase um imperativo: não há possibilidade de cuidado sem que esses elementos sejam encarados pela equipe. A afirmação pode parecer óbvia, em particular para os trabalhadores da saúde mental, mas o “social” é sistematicamente isolado do raciocínio médico, com graves repercussões negativas nos tratamentos propostos. Os exemplos poderiam ser muitos, mas basta pensar na dificuldade de controle das doenças crônicas hoje prevalentes na população, sem que tais elementos do “social” sejam apreendidos e, de alguma forma, trabalhados pela equipe.

O bloco de “necessidades de consumo de tecnologia de saúde para melhorar e prolongar a vida”, no caso de um paciente com transtorno psíquico engloba os fármacos e várias modalidades de terapia, individual ou em grupo, além da possibilidade de vivências em arranjos produtores de novas formas de sociabilidade como um Centro de Apoio Psicossocial ou os centros de convivência que existem em alguns municípios.

A reforma psiquiátrica teve que ampliar o cardápio de ofertas de recursos terapêuticos para além do uso dos fármacos, embora esses sejam aliados fundamentais para o tratamento; daí que o trabalho em Saúde Mental tenha que assumir obrigatoriamente o caráter multiprofissional e interdisciplinar, o que, aliás, tem servido de modelo e inspiração para todas as propostas de humanização do cuidado.

---

3 Trabalho com a ideia que por trás de cada demanda trazida por quem procura um serviço de saúde há um universo de necessidades nem sempre claramente explicitadas ou escutadas pela equipe, que, na maioria das vezes apenas oferece consulta médica e procedimentos como resposta. Então, necessidade de saúde é uma coisa; demanda, é bem outra. Um dos grandes problemas que temos hoje quando se fala do cuidado em saúde, é que temos tido dificuldades de escutar necessidades, e acabamos ofertando um cardápio de ofertas bastante reduzido, quase sempre restrito a consultas médicas e procedimentos.

O terceiro bloco de necessidades diz respeito à necessidade de vínculo(s) com um profissional ou equipe de saúde. Se em qualquer situação de cuidado o vínculo assume caráter terapêutico insubstituível, no caso da saúde mental ele é um elemento indispensável para o sucesso de qualquer proposta terapêutica.

Um conceito muito próximo ao do vínculo, e que com ele é às vezes confundido, é o de *responsabilização*. Embora seja fundamental essa ideia de uma equipe responsável por um determinado número de pacientes, capaz de produzir seu seguimento no correr do tempo, com sensibilidade para conhecer cada vez mais suas necessidades e, por tabela, poder ir ajustando ofertas de possibilidades de cuidado, responsabilização não é a mesma coisa que o vínculo.

Se bem reparado, num CAPS onde uma equipe tem a responsabilidade por certo número de pacientes, é fácil observar como cada paciente há de produzir vínculo com algum profissional especificamente, aquele com o qual ele encontra mais ressonância, e se sente mais próximo, podendo ser qualquer profissional, inclusive um trabalhador da recepção. Esses vínculos particulares nunca são produzidos intencionalmente, como no caso da responsabilização, eles “acontecem”. E, mais importante, precisam ser reconhecidos e valorizados pela equipe, pois eles podem ser, em muitas situações, a principal ou única “chave” de acesso ao paciente.

Por fim, a “necessidade de autonomia no modo de andar a vida”.

Vamos, então, para o quarto e último quadrante de nossa cartografia, aquele que fala da necessidade de se ter autonomia no nosso modo de andar na vida como uma necessidade de saúde, quem sabe a mais importante de todas. Por que seria a mais importante? Porque, para muitos autores, a própria definição de saúde se confundiria com a nossa autonomia de, diante das adversidades, sermos capazes de reconstruir nossos modos de viver, de termos autonomia no nosso modo de andar a vida (Canguilhem, 2002). Assim, o estar doente não é apenas uma condição medida laboratorialmente, através de parâmetros biomédicos, mas tem a ver como somos capazes, ou não, de nos recuperarmos, recriarmos nossas vidas, retomarmos nossa vida cotidiana, seja diante de problemas de saúde corriqueiros, ou de adversidades como uma seqüela de acidente, o diagnóstico de um câncer ou de uma doença cardiovascular grave. É uma nova maneira de pensarmos o binômio saúde-doença (Cecilio, 2012)

No caso da saúde mental, esse componente das necessidades de saúde assume centralidade tal, que poderia ser considerado como o eixo da reforma psiquiátrica!

O fim dos manicômios implica na reinserção, em graus diferentes é claro, dos “loucos” na vida da sociedade. O desafio é quebrar o círculo vicioso da contenção asilar e tutela pela possibilidade de uma vida mais integrada possível à sociedade. Para além dos fármacos, essenciais como disse antes, trata-se agora de definir uma “normalidade” que se define pelo alcance de graus crescentes de poder cuidar de si. Uma revolução, na verdade. Um desafio que se tem enfrentado dia a dia nos serviços alternativos de saúde mental.

Nos primeiros tempos da reforma psiquiátrica, muitas vezes tratava-se, quase que simbolicamente, de se conseguir uma carteira de identidade, ou algum documento de identificação. Depois, recuperar algum grau de inserção no processo produtivo, alguma renda, poder

contar ao máximo com seus próprios recursos. Por isso que na citação anterior se dizia que a “necessidade de autonomia no modo de andar a vida” seja a mais importante de todas. E por isso que também eu afirmava na introdução que “*cuidar é, em boa medida, reinventar a Vida na doença. Experimentar outros modos de ser, outros modos de viver. Forjar novas possibilidades de existir*”. Por isso que, tendo afirmado que o objeto do trabalho em saúde é a doença, podemos dizer que saúde é mais do que ausência da doença. E o caso da Saúde Mental é exemplar nesse sentido.

## 2. Segunda negação: o cuidado em saúde não pode ser realizado isoladamente

Tendo trabalhado por um bom tempo com a cartografia das necessidades de saúde, gradativamente fui percebendo que seria interessante experimentar uma ampliação daquele mapa conceitual, produzindo novos mapas. Em artigo de 2009<sup>C</sup>, sistematizei pela primeira vez a ideia da existência de múltiplas dimensões do cuidado interconectadas entre si, ideia depois atualizada em texto de 2011<sup>D</sup>, cuja expressão ou representação gráfica também poderia ser usada como um mapa facilitador de discussões com coletivos, seja em processos de formação, seja em apoio a equipes em serviços de saúde.

A discussão que eu passei a fazer é que, como diz a segunda negação, *não é possível fazer o cuidado em saúde isoladamente*. Mesmo a consulta médica realizada com portas fechadas, no espaço mais privado que conhecemos, está imediatamente conectada a várias dimensões, habitadas por vários atores, de modo que nosso trabalho em saúde, quando realizamos o cuidado é, imediatamente, dependente de uma multidão de outros atores e de outros trabalhos. O cuidado em saúde é sempre interdependente de uma complexa rede de relações, protagonismos, múltiplos agires, embora possamos ter a ilusão de que estamos a sós com o paciente. Há sempre uma multidão presente no cuidado em saúde, e isso é um dos elementos mais fascinantes e menos compreendidos quando se fala do cuidado em saúde.

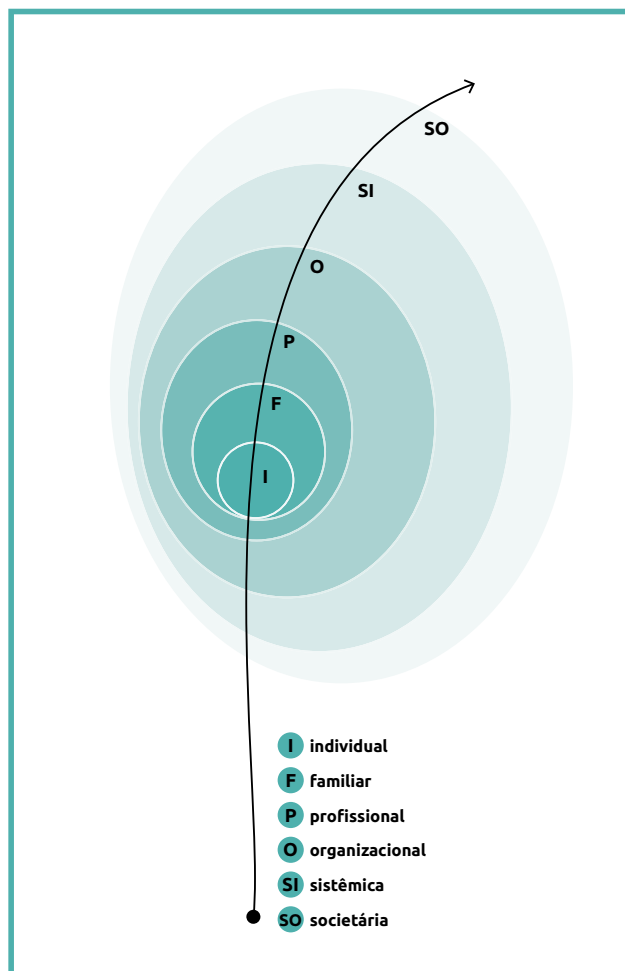
Aqui, ocorre-me a necessidade de um esclarecimento ao leitor que poderá estar apontado um “viés” na elaboração do texto que seria considerar o cuidado em saúde, ou a gestão do cuidado em saúde, a partir de um enquadramento *clínico, individual*. E as ações de caráter mais coletivo, próprias das vigilâncias, por exemplo, não seriam também “cuidado em saúde”? Claro que sim, mas aqui poderia ser feito um comentário para justificar a opção “individualista” do texto. Quando se trata das ações de saúde voltadas para “populações” (vacinação em massa, vigilância sanitária e epidemiológica, principalmente, mas também aquelas de educação e promoção da saúde), com forte tradição na Saúde Pública, e assentadas no saber operatório propiciado principalmente pela Epidemiologia, podemos dizer que estamos diante de um usuário anônimo, um “usuário matematizado”<sup>4</sup> na medida em que ele é apreendido através de indicadores, dos grandes números, das estatísticas, etc. O que poderia ser dito ainda é que, tanto equipes municipais de gestão, como aquelas de órgãos regionais de saúde - embora sejam trabalhadores da saúde -, de um modo geral trabalham com o “usuário matematizado”, bastante distante da prática clínica, do cuidado direto, como se quer examinar no presente ensaio.

4 Uso o conceito de “*usuário matematizado*” em sentido próximo ao de “matematização da vida” como utilizado por ANTUNES, PC; SILVA, NA; BAPTISTA, TJR. A matematização da vida: uma análise das produções científicas do campo da educação física acerca de pessoas de meia idade” In: Pensar a Prática, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 619-955, jul./set. 2013.

(fonte: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/viewFile/25352/15259>).



Trata-se, portanto, no presente texto, do mesmo modo como foi feito nos artigos anteriores que o alimentam, de examinar o cuidado de uma perspectiva “clínica”, sem deixar de caracterizar toda a complexidade que tal perspectiva comporta, em particular as múltiplas conexões com tantas outras dimensões também produtoras do cuidado, como se examina a seguir, a partir de mais um mapa, que vamos denominar do “mapa das múltiplas dimensões do cuidado”.



Por ele podemos ver, esquematicamente, como o cuidado em saúde realiza-se em múltiplas dimensões:

Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Vamos trabalhar com a ideia de que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Dimensões que, conquanto imanentes, mantêm sua singularidade e irredutibilidade umas às outras, com importantes implicações tanto ético-políticas, como mais “operacionais”, ou seja, do ponto de vista de quem se ocupa da gestão em saúde (Cecilio, 2011).

Remeto à leitura e discussão mais detalhada do mapa das múltiplas dimensões do cuidado para artigo que publiquei em 2011<sup>E</sup>. Aqui vou utilizar um caso hipotético de saúde mental, como fiz no item anterior, para falar um pouco das múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Examinemos, pois, as várias dimensões envolvidas no cuidado de um paciente esquizofrênico.

A dimensão societária diz respeito a como determinada sociedade cuida de seus cidadãos e envolve o Estado e a Sociedade Civil, com suas organizações, representações, grupos de interesses. No caso da saúde mental, a dimensão societária foi palco de disputas políticas a respeito de qual tratamento a Sociedade brasileira definiria para seus “loucos”. Prevaleceu, como fruto de muitas lutas, uma definição societária por uma nova postura perante pessoas com transtornos psíquicos, a definição de um novo estatuto tanto técnico-científico como jurídico-legal para a loucura, de modo que ficam lançadas as bases para um novo modo de abordá-la<sup>5</sup>.

Lançadas as bases de uma nova política para a Saúde Mental, tratava-se, agora, de produzir arranjos no sistema de saúde capaz de dar sustentação às suas diretrizes, em particular o desafio do fim das instituições asilares: a reinserção social dos pacientes que se encontravam nos antigos hospícios, e a prevenção de novas internações. Para tanto, era incontornável a necessidade de construção de novas alternativas assistenciais, em particular a construção de uma *rede de apoio psicossocial* composta por um conjunto de equipamentos ou serviços que conseguisse oferecer cuidados de acordo com as necessidades das pessoas com transtornos mentais, nos diferentes momentos de sua vida. Essa é o que chamamos de dimensão sistêmica do cuidado no caso da saúde mental.

Sabemos que não tem sido fácil a criação de uma rede articulada, de serviços que conversem entre si, compondo uma rede modelada e modulada de acordo com as necessidades das pessoas<sup>6</sup>. Um bom exemplo da dificuldade de construção de tal rede pode ser dado pelas nem sempre fáceis relações dos centros de apoio psicossocial (CAPS) com as unidades básicas de saúde. No entanto, quem trabalha na Saúde Mental sabe o quanto é imprescindível a existência de tal rede.

Já a dimensão organizacional do cuidado em saúde mental diz respeito a como os vários serviços se organizam para fazer frente às necessidades dos usuários. Por exemplo, tem sido um desafio redesenhar o modo como as equipes das unidades básicas de saúde lidam com pessoas em sofrimento psíquico. Como a atenção básica hoje é definida como um importante ponto da rede psicossocial, implementar tal diretriz tem implicado em importantes redefinições de arranjos e atribuições de suas equipes, em particular no modo de acolher os usuários e fazer seu seguimento, garantindo que o atendimento não fique centrado apenas no psiquiatra ou no psicólogo, e possa ser assumido pelos demais trabalhadores, incluindo, os generalistas, todo o pessoal de enfermagem, recepção, acolhimento, farmácia, etc.

---

5 O Projeto de Lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que contém três pontos: detém a oferta de leitos manicomiais financiados com dinheiro público, redireciona os investimento para outros dispositivos assistenciais não-manicomiais e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente oferecendo: “(...) pela primeira vez um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes”.(Bezerra, 1992: 36).

6 O Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A dimensão organizacional do cuidado em um CAPS é muito desafiadora, em particular porque implica na criação de espaços de conversa da equipe multiprofissional para a invenção, literalmente, de novos modos de trabalho pautado por uma abordagem interdisciplinar dos pacientes, incluindo o trabalho com a família e a mobilização de recursos de toda a ordem para ampliar a autonomia de pessoas sob seu cuidado.

A dimensão profissional do cuidado será pautada por dois elementos centrais: o preparo técnico do profissional (e em boa medida sua experiência profissional) e a intensidade do vínculo que ele produz com o paciente. Para o psicanalista Cristophe Dejours seria impossível prescrever a cooperação: *“ordenar a cooperação é como ordenar o amor, numa ordem do tipo: <amai-vos uns aos outros>, <cooperai uns com os outros”*. (Dejours, 1999, p.29)<sup>F</sup>. O mesmo poderia ser dito em relação ao vínculo entre o profissional de saúde e o paciente: não se pode “ordenar o vínculo”. Esse talvez seja um dos aspectos mais instigantes quando se pensa a dimensão profissional do cuidado: sendo o vínculo essencial, ele não pode ser “ordenado”.

O vínculo, elemento fundamental do processo terapêutico do paciente com sofrimento mental, há de depender de diferentes afecções entre os profissionais e os vários pacientes, o que torna-se mais complicado nas situações mais institucionalizadas em que o trabalho de saúde mental é realizado. Por isso aponte no item anterior o quanto o vínculo do paciente poderá ser estabelecido com diferentes trabalhadores, e o quanto a equipe deverá aprender a reconhecer e lidar com isso.

A dimensão familiar do cuidado, como vimos, tem a ver com o “mundo da vida”, isso é, o território existencial habitado por pessoas próximas, familiares, vizinhos, amigos. Nem é preciso dizer o quanto tal dimensão assume centralidade no cuidado em saúde mental, e o quanto ela se enlaça fortemente com a dimensão organizacional e profissional do cuidado. É como se uma não pudesse se realizar sem a outra, de modo que o cuidado depende dos dispositivos de conversação e cooperação entre essas dimensões: co-responsabilização pelo cuidado.

Por fim, a dimensão individual do cuidado que é como que o núcleo, o círculo mais intenso, a razão de ser de todas as demais dimensões. Autonomia no modo de andar a vida é a necessidade que preside essa dimensão. É como se a “realização” de todas as dimensões do cuidado em saúde mental convergissem para ela: a emergência de uma nova pessoa, resgatada, única na sua singularidade, ao mesmo tempo que atravessada, agenciada, por tantas outras dimensões: a grande política, uma rede de atenção psicossocial, serviços de saúde e equipe, profissionais de saúde, família, tudo produzindo, agenciando novos modos de viver. Um “indivíduo” que é o ponto de cruzamento de muitos mundos!

### **3. Terceira negação: não é possível pensar o cuidado sem considerar quem vai ser cuidado**

A negação poderá soar óbvia, mas ela nem sempre (ou quase nunca?) é devidamente considerada para valer quando se pensa o cuidado. Como vimos na discussão que apresentei antes sobre as múltiplas dimensões da gestão do cuidado, a dimensão individual do cuidado ocupa lugar central no esquema analítico proposto. E, aqui é bom que se reiterem algumas ressalvas, quando se trata de dizer “indivíduo”, que apresentei no artigo já citado antes<sup>G</sup> qual seja,

(...) ao se falar da dimensão individual do cuidado não se poderia ignorar o debate contemporâneo a respeito dos conceitos de 'indivíduo' e de 'autonomia', de modo a se contemplar pelo menos três pontos:

- A negação da subjetividade como algo coerente, durável e individualizado, ou seja, somos mais plurais do que pensamos (Rose, 2001).
- A compreensão da autonomia não como algo que o "indivíduo" elabore no seu interior mas, ao contrário, sua abertura, sempre, ao que é outro, e não ele mesmo. Assim, a autonomia resulta de uma longa história segundo a qual o organismo humano se distancia do que o rodeia; ela não é nada menos do que a ligação cada vez mais aberta, cada vez menos determinada, entre o organismo e seu meio (Beardsworth, 2003).
- Os modos de subjetivação contemporâneos não podem ser desvinculados de um biopoder produtor de regras regulatórias que, afinal, definem nossos "eus" (Rabinow, Rose, 2006).

Mesmo reconhecendo que o 'individual' é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, é possível, sempre, reconhecer uma esfera 'individual' na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena.

Portanto, dizer que não é possível realizar o cuidado sem envolver "quem" vai ser cuidado faz referência, exatamente, a essa dimensão "individual", qual seja, o "usuário", o "paciente", "o doente", aquele que busca o serviço de saúde.

O reconhecimento da centralidade da dimensão individual no cuidado em saúde pode seguir pelo menos duas vias. Uma delas, e que não será desenvolvida em profundidade aqui, refere-se a um campo muito interessante de investigações que tem sido denominado de "decisão compartilhada". Como define, Abreu et al<sup>14</sup>

Nas últimas décadas, observa-se um aumento na ênfase da participação do paciente em uma tomada de decisão médica, como alternativa ao modelo paternalista, no qual o médico decide e delibera a respeito de todos os passos do processo propedêutico e/ou terapêutico. Esse modelo de relacionamento, chamado decisão compartilhada, não pode ser confundido com o consentimento informado, em que o médico apresenta as questões, até expõe os riscos, mas, ao paciente, cabe incorporar a decisão. Muito além de expor riscos e benefícios, decisão compartilhada se caracteriza por um processo no qual ambos médicos e pacientes analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e conseqüências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos e estados de saúde que advêm de cada alternativa.

Esse não será o foco que adotarei no desenvolvimento do texto, mas seguirei na direção de explorar o quanto as pessoas, vivendo situações de adoecimento ou sofrimento constroem ativamente as alternativas de cuidado que lhe parecem mais adequadas ou possíveis, tendo em vista os recursos que consegue controlar. Trata-se, portanto, de reconhecer o quanto as pessoas são produtoras ativas de "mapas de cuidado", como será desenvolvido adiante, e, mais do que isso, o quanto seria importante que tais "mapas" fossem reconhecidos pelas equipes de saúde em processos ativos de co-gestão do cuidado com os usuários.

O modelo da “pirâmide” assistencial, no qual o sistema de saúde era pensado em níveis crescentes de complexidade, a ser utilizado conforme fluxos e normatizações feitas pelos gestores, sempre teve muita força nas formulações do campo da Saúde Pública. Por tal modelo piramidal, o cuidado integral resultaria da circulação das pessoas pelos vários níveis, de acordo com necessidades avaliadas como tal pelos profissionais/gestores de saúde.

Publiquei, em 1997<sup>L</sup>, um artigo no qual eu apontava que esse modo de pensar com certeza era insuficiente para pensar o cuidado em saúde em toda sua complexidade.

Por tantos anos, temos utilizado a figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial que gostaríamos de construir com a implantação plena do SUS. Na sua ampla base, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais situados em suas áreas de cobertura. Para esta extensa rede de unidades, distribuídas de forma a cobrir grupos populacionais bem definidos (populações adscritas) seria estabelecida, de uma forma geral, a seguinte missão: oferecer atenção integral à saúde das pessoas, dentro das atribuições estabelecidas para o nível de atenção primária, na perspectiva da construção de uma verdadeira “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional. O que a pirâmide quereria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados (Cecilio, 1997, p. 470).

Essa era, portanto, e o foi por muito tempo, um modo se pensar o cuidado em saúde, que, na verdade, ainda sobrevive mesmo com sua “evolução” para a proposta das redes de cuidado. Na ocasião, eu já apontava as dificuldades de operacionalização, na prática, de tal concepção.

Todos aqueles que têm atuado no setor saúde ou precisado se utilizar dele nos últimos anos podem afirmar, sem muitas dúvidas, que anda bastante difícil visualizar qualquer coisa que, de fato, se aproxime da imagem projetada da pirâmide. Vamos aos fatos que demonstram esta afirmação:

- A rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde. A “porta de entrada” principal continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Atesta isto o fato de os atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital. Os pronto-socorros sempre lotados são a imagem mais expressiva desta situação.

- Todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais “simples”, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde. Por exemplo, pesquisa realizada pela equipe do Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no primeiro semestre de 1996, revelou que, no mês de fevereiro/96, 66,5% das consultas em Pediatria e 52,5% daquelas em Clínica Médica realizadas no Pronto-Socorro não podiam ser consideradas como de urgência/emergência. Ou seja, há uma “distorção” no atendimento tanto quantitativo, como qualitativo. Tal “distorção” também é detectada nos ambulatórios hospitalares e nos ambulatórios de clínicas especializadas.
- O acesso aos serviços especializados é bastante difícil, mesmo quando são implantadas medidas mais rigorosas de exigência da referência (marcação de consulta) pelas unidades básicas. Em geral, as esperas são tão demoradas, que resultam em desistência da consulta agendada. O número de consultas em especialidades é insuficiente perante as necessidades da população usuária do sistema. Os serviços ambulatoriais especializados mantêm certas “clientelas cativas”, que poderiam muito bem estar sendo acompanhadas em nível de rede básica. A contrapartida disto é que os médicos da rede freqüentemente se “livram” dos pacientes, encaminhando-os para os especialistas, quando poderiam fazer o seguimento no centro de saúde mesmo. (Cecilio, 1996, p.471)

Infelizmente tal diagnóstico continua atual e o desafio de produzir novas lógicas de organização do sistema de saúde, na sua dimensão sistêmica, como vimos antes, continua a nos desafiar quando se pensa o cuidado em saúde. Já naquele texto eu propunha como saída para tal impasse um olhar mais cuidadoso sobre os usuários e seus movimentos reais dentro do sistema, a proposta de substituir a figura da pirâmide pela do círculo, isso é, um sistema de saúde mais aberto às necessidades das pessoas e a seu movimento reais.

Repensar o sistema de saúde como círculo tira o hospital do “topo”, da posição de “estar em cima”, como a pirâmide induz na nossa imaginação, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal. E que não se veja aqui apenas um jogo de palavras. A lógica horizontal dos vários serviços de saúde colocados na superfície plana do círculo é mais coerente com a idéia de que todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. **Trabalhando assim, o centro de nossas preocupações é o usuário e não a construção de modelos assistenciais apriorísticos, aparentemente capazes de introduzir uma racionalidade que se supõe ser a melhor para as pessoas.** (Cecilio, 1997, p. 477).

Posso dizer, então, que desde essa época já me chamava a atenção que havia o protagonismo de atores, no caso os usuários, quando se tratava da modelagem e regulação de sistemas de saúde, qual seja, que havia múltiplas lógicas para a coordenação do cuidado em saúde que precisavam ser melhor compreendidas e incorporadas no processo de gestão.

Estudo<sup>7</sup> de caráter qualitativo, desenvolvido por grupo de pesquisa da Unifesp, que coordenou, conseguiu mostrar como

a regulação é uma produção social, comportando, por isso mesmo, diferentes lógicas, racionalidades e processualidades ou regimes de regulação (...) A regulação, por essa perspectiva, seria a resultante sempre tensa e provisória do cruzamento de múltiplos regimes de regulação. A regulação governamental, aquela que vai sendo produzida pelo arsenal jurídico- instituinte do SUS, baseia-se conceitual, ética e politicamente nos princípios de direitos e cidadania, com especial ênfase para as dimensões de universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e equidade (com adequação de cuidados particulares a necessidades específicas). O governo reivindica ser o regulador principal, senão o único capaz de garantir tais direitos. O problema é que nem todos os atores sociais atuam de acordo com isso, buscando mudar as regras do jogo, portanto, instituindo novos modos de regulação. A regulação é uma produção social que comporta múltiplos regimes de regulação. A regulação é processo permanentemente instituinte e, por isso mesmo, permanente palco de mudanças<sup>10</sup>.

Quero destacar aqui que o tema da “regulação” é componente central quando se faz a discussão sobre o cuidado em saúde. Os gestores de saúde, ao se ocuparem dos mais que necessários processos de “regulação”, isso é, estabelecer uma rede de serviços com complexidades variadas, articulados entre si através de fluxos, protocolos, regras de acesso, nem sempre levam em conta que os usuários também “regulam”, portanto são produtores de “sistemas de saúde” informais nos interstícios dos sistemas formais de saúde, sejam eles público ou privado.

Portanto, para além da regulação governamental, há outras lógicas regulatórias operando, o que resulta em complexa trama de interações, complementaridades, disparidades e contrastes, mas também disputas de sentidos e modos de se fazer a regulação. Tudo isso nos leva a considerar que a regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde, muito mais do que uma atividade burocrático-administrativa, da esfera ou competência governamental, é uma produção social, resultante da ação de uma multidão de atores sociais. Daí sua complexidade e o ponto de partida que deve ser assumido por quem deseja fazer a gestão na saúde de uma perspectiva inclusiva e criativa.

E como era apontado na conclusão do artigo, na forma de síntese:

No correr do estudo, foi adquirindo centralidade ‘o agir leigo’. Aqui é necessário relativizar a carga quase depreciativa relacionada ao conceito. Por suas origens etimológicas, os leigos seriam pessoas que não possuem conhecimento aprofundado sobre determinada área. No caso da Medicina institucionalizada, os leigos seriam os usuários ou os pacientes, exatamente aqueles que não teriam domínio de seu campo ultraespecializado de conhecimento. Temos que relativizar e superar tal julgamento ao realizarmos estudos na saúde. Aqueles que poderiam ser denominados de leigos, os “tigres” no linguajar corriqueiro (e depreciativo) da “tribo” dos profissionais de saúde, são menos leigos do que imaginávamos. Pelo contrário, são capazes, a partir de suas experiências com a doença e o sofrimento, de produzir um saber assessor ao saber dos especialistas, com força suficiente para orientar profundas transformações nos modos de se pensar e organizar o cuidado.

7 As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização de serviços de saúde. 2010-2012. Financiamento PPSUS/Fapesp.

Os “leigos” são capazes de produzir novos significados para o mundo do cuidado, reivindicar novidades, sugerir saídas para os verdadeiros impasses vividos por aqueles que têm se empenhado em encontrar alguma melhoria para o sistema de saúde. Basta lembrar, como o estudo mostrou, a generosa apreciação que fazem da rede básica, reconhecendo seu valor de uso e conferindo-lhe novos significados, para além daqueles que têm sido formulados pelas políticas oficiais. Basta lembrar como fazem uso criativo, mais livre, de múltiplas combinações entre o plano de saúde (para aqueles que o têm) e os serviços do SUS, sem as travas que parecem separar rigidamente o que é “público” e o que é “privado”, ainda segundo a concepção dos especialistas. Com seu saber assessor, com seu agir “leigo” (intencionalmente entre aspas), homens e mulheres nos deram pistas, no correr da pesquisa, de que há outros arranjos, outros desenhos possíveis de “sistemas de saúde”. O saber assessor produzido pelo agir leigo é, em última instância, o convite irrecusável para experimentarmos, com radicalidade, a cogestão do cuidado entre equipes e usuários, como o caminho mais promissor para a inadiável necessidade de reinvenção da saúde, para a invenção de outros mundos.

Está aí uma ideia que poderíamos considerar central quando se discute o cuidado em saúde: a co-gestão do cuidado entre profissionais/equipe e os usuários. Co-gestão do cuidado pode parecer um conceito muito adequado e atraente, mas, na prática, nem sempre será de fácil operacionalização. Como incorporar o desejo do usuário, suas necessidades, seus tempos, sua experiência da doença no cotidiano das equipes de saúde? Como fazer frente ao saber estruturado dos profissionais de saúde e sua pretensão de monopólio sobre o que seja o bom cuidado?

Além do mais, há que ser considerado um elemento pouco valorizado quando se pensa o cuidado que poderia ser chamado de “disjunção dos tempos dos usuários/profissionais/gestores”<sup>K</sup>

Podemos dizer que há “diferentes tempos” ou modos de viver o tempo pelos vários atores sociais, quando se trata do acesso aos serviços de saúde:

- os gestores buscam a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços, através da permanente e tensa busca de adequação entre demanda (aparentemente ilimitada) e oferta (sempre limitada). É o tempo das possibilidades;
- os profissionais de saúde buscam viabilizar o tempo adequado para a disponibilização das tecnologias e/ou recursos que avaliam como imprescindíveis para o bom cuidado, sob o comando principalmente dos saberes e éticas profissionais. É o tempo do cuidado;
- o usuário busca rapidez no tempo de acesso ao cuidado, avaliada sempre a partir de sua perspectiva individual, marcada pela experiência da doença. É o tempo das necessidades.

A busca da racionalização do uso do tempo pelos gestores, a batalha pelo bom uso do tempo necessário para o cuidado e a vivência do tempo pelos usuários a partir da experiência da doença compõem lógicas que, em princípio, deveriam ser complementares e/ou sinérgicas, pois o usuário quer ter acesso, da forma mais rápida qualificada ao cuidado que ele sente/avalia que precisa; a equipe que cuida, em particular o médico, reivindica maior agilidade para tudo o que julga necessário para produzir o bom cuidado; o gestor ambiciona a racionalização de processos e fluxos, em particular a adequação entre demanda e oferta, no mínimo na perspectiva de legitimação do governante. Na prática, as coisas não são bem assim. São lógicas que parecem competir entre si, produzindo ‘ruídos’ permanentes na operacionalização do ‘sistema’ de saúde. O usuário é visto como ‘imediatista’ pela equipe e



pelos gestores, pois parece querer ter acesso garantido com a urgência que suas necessidades vividas lhe ditam, fazendo tudo para contornar as barreiras ou bloqueios de acesso. A equipe define urgências e não-urgências a partir dos saberes que opera, devedores, antes de mais nada, dos ditames da medicina tecnológica, em particular do conceito de ‘risco’; ela sempre se incomoda com a pressão “distorcida” dos usuários, mas também com a aparente insensibilidade dos gestores que nunca garantem a agilidade que ele precisa para os exames complementares ou para o parecer do especialista. Os gestores se defrontam com o que avaliam como uma demanda distorcida em função da baixa resolutividade da rede básica de serviços, em particular a imensidão de encaminhamentos desnecessários feitos pelos médicos, “aliados” dos usuários que já entrariam no consultório com demandas, ou para a realização de exames ou para encaminhamento para especialistas...

Tempos diferentes, lógicas diferentes, atuando com um traço em comum: todos sob o comando dos ditames da medicina tecnológica. Tanto no imaginário dos usuários, que desejam mais e mais consultas médicas, mais e mais exames, buscando de alguma forma suprir o que a rede básica não cumpre (integralidade, promoção e prevenção, responsabilização, ou seja, a quimera da rede básica...), como na lógica dos saberes que o médico opera, centrada na tríade corpo doente/diagnóstico/tratamento, que não pode prescindir das tecnologias duras e dos saberes especializados para sua realização. Ou ainda na condução da gestão, prisioneira, em última instância, das duas lógicas anteriores, algo como se não sobrasse outra opção, para quem faz a gestão em saúde, do que exatamente prover tudo o que a medicina tecnológica demanda para sua realização.

Portanto eu dizia no começo desse item que a negação “*não é possível pensar o cuidado sem considerar quem vai ser cuidado*” embora pareça óbvia como ideia, é portadora de uma complexidade ao ser assumida e trabalhada. Na verdade, os serviços, profissionais ou equipes de saúde seguem, em boa medida, desenvolvendo seu trabalho sem que a voz do usuário seja efetivamente considerada no cuidado. Como produzir uma positividade quando se trata de incorporar quem vai ser cuidado permanece, portanto, como um desafio, que deixo aqui em aberto para o leitor.

#### **4. Quarta negação: não existe um “trabalhador moral” na saúde.**

Chegamos, enfim, à quarta negação quando se trata de pensar o cuidado. Nem é preciso dizer a razão do trabalhador da saúde assumir centralidade quando a discussão é o cuidado. Seja quando opera equipamentos de ponta de alta complexidade, seja quando faz uso de conhecimentos, protocolos e outros saberes estruturados, seja quando simplesmente escuta e acolhe, compreender *quem é esse trabalhador* assume centralidade na discussão sobre o cuidado.

Aqueles que se ocupam da gestão/gerência dos serviços de saúde no SUS, via de regra, parecem operar com o que vou chamar de um “déficit de compreensão” de quem seja esse trabalhador. Para abrir essa discussão, apresento o conceito de “trabalhador moral” na saúde<sup>12</sup>. Aqui vale a pena explicitar que estou fazendo essa discussão para *dentro* do campo que historicamente sempre atuei: o SUS. Propus essa discussão a partir da minha percepção de que o campo da Saúde Coletiva me parecia viver uma pletora de formulação sobre o que seriam *os modos adequados de se organizar o cuidado*, o que me parecia resultar em um excesso de normatividade ou de prescritivismo sobre o trabalho em saúde, com dificuldade de se levar em conta o fato das práticas dos trabalhadores nos serviços serem regidas por valores, por códigos de ética profissionais, por interesses e modos entender e praticar o cuidado em saú-

de que não são automaticamente coincidentes com certas formulações da política de saúde oficial em determinado momento.

O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários.

Nesta perspectiva, mudanças na forma de se organizar o cuidado seriam quase a consequência ‘natural’ do contato dos trabalhadores de saúde com determinados conceitos que vão sendo produzidos por um certo ‘pensamento crítico’. O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal ideia possa parecer, à primeira vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações. Utilizo o conceito de trabalhador moral não como antônimo de trabalhador amoral ou imoral, mas no sentido de pensar trabalhadores que estariam «moralmente comprometidos» com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula.

A ideia da gestão colegiada, em particular a co-gestão entre gestores e trabalhadores em todos os serviços, e mesmo em todas as instâncias do sistema de saúde, tem sido apontada como uma alternativa ao modo de gestão hegemônico, criticado como muito “vertical” e autoritário<sup>M</sup>. A aposta que se faz é que o funcionamento de rodas de trabalhadores junto com gestores teria a potência para produzir um trabalhador coletivo com forte capacidade de gestão e análise de sua vida laboral, o que deveria resultar em sujeitos mais apropriados de sua “obra”, menos alienados, mais comprometidos com a defesa da vida com radicalidade. A aposta implícita que esta ali é que seria *impossível pensar o cuidado em saúde sem conseguir a adesão dos trabalhadores para uma determinada política de saúde*.

Conquistar os trabalhadores para um *determinado* projeto ético-político: “nosso”<sup>8</sup> projeto. Não precisamos de muito esforço para perceber o quanto essa preocupação esteve muito presente no movimento da reforma psiquiátrica (parte do “nosso” projeto), na qual a adesão dos trabalhadores a um novo modo de se pensar o cuidado em saúde mental era vital. E não era dada automaticamente...

O que quero apontar aqui é que tais formulações de gestão mais democrática e participava, consubstanciadas em modelos de gestão colegiada e de co-gestão, trazem limites e contradições, em particular a pretensão, quase nunca explícita (por quem faz gestão), de produção de uma visibilidade (e controle) da micropolítica nem sempre alcançável. Quero dizer com isso que, mesmo concordando com tais propostas nos seus delineamentos e princípios gerais, com certeza é necessário examinar mais de perto seus resultados reais e/ou seus limites.

Particpei da coordenação de um processo de educação permanente do conjunto de gerentes de unidades básica de saúde da rede básica de Campinas, entre 2002 e 2006, município reconhecido por longa história de construção de atenção básica, em particular uma espécie de “laboratório” de implementação da proposta de co-gestão. Nos encontros com os gerentes, alguns temas eram discutidos e aprofundados como “práticas gerenciais”, isso é,

8 O “nosso” aqui refere-se ao projeto para a Saúde que tem sido batalhado há várias décadas pelo que tem sido denominado de Movimento Sanitário, no qual me incluo. Portanto, as observações que faço nesse item têm o sentido de “auto-crítica”, pois me incluo, como autor, no que chamei logo acima de “pensamento crítico”.

deviam ser realizados junto às equipes locais. Um dos temas trabalhados foi exatamente o *funcionamento real dos colegiados de gestão*, oportunidade em que foi possível montar um quadro bastante abrangente sobre como eram operados, de fato, os colegiados vistos como dispositivo central para a “produção de sujeitos coletivos” comprometidos com o cuidado, na verdade, aderidos ao “nosso”<sup>9</sup> projeto. Esse trabalho foi publicado em artigo<sup>N</sup> que apontava, entre outras coisas:

Inicialmente, chama a atenção o relato, pelos coordenadores, da existência de parcela significativa de trabalhadores que afirmaram não saber o significado do colegiado de gestão, mesmo naquelas unidades que contam com colegiados de gestão há vários anos. Para muitos, o colegiado de gestão foi criado para auxiliar o coordenador de forma consultiva, na medida em que a função de deliberação seria atributo do coordenador. Alguns atribuem a função de deliberação à reunião geral da unidade. Alguns vêem o colegiado de gestão como espaço para as pessoas apresentarem suas opiniões, colaborando com as decisões do coordenador. Para outros, seria simplesmente o espaço para a transmissão de diretrizes do nível central a serem cumpridas pelo nível local, o que daria uma conotação autoritária para o colegiado de gestão. O fato de participar ou não do colegiado de gestão parece influenciar sobre o sentido que os trabalhadores dão ao colegiado. Mas há o reconhecimento, também, de que o colegiado de gestão funcionaria com uma “caixa de ressonância” ao permitir ecoar o que está ocorrendo nos bastidores da unidade. Há unidades em que o colegiado de gestão simplesmente não funciona mais, mas há relato de uma UBS em que o colegiado de gestão teria gerenciado a unidade durante o afastamento do coordenador. Um coordenador simplesmente “aboliu” o colegiado de gestão quando teve contrariada sua decisão de implantar maior controle do livro-ponto. Hoje, prefere outros espaços coletivos da unidade como arranjos de decisão e encaminhamentos mais compartilhados. O limite do que pode ou não “ser aberto” no espaço coletivo do colegiado de gestão aparece com frequência. Qual o limite de confiança que o coordenador pode ter no colegiado de gestão? O quanto ele pode abrir suas limitações e dúvidas pessoais para membros do colegiado de gestão, sem se tornar seu refém? Há uma tensão entre a percepção do colegiado de gestão como espaço democrático, de práticas solidárias, dialógicas, visando à construção de consensos em torno de um projeto para a unidade, e a percepção do colegiado de gestão como espaço duro de disputa, de imposição de projetos que “vêm de cima”, revestindo-se, portanto, de um caráter mais instrumental e, onde, por consequência, nunca se pode “abrir tudo.

---

9 Aqui reitero para o leitor que quando digo “nosso” projeto estou referindo ao projeto da reforma sanitária brasileira - que inclui a reforma psiquiátrica -, e que é *um dos* projetos em disputa para o setor saúde.

Vemos aqui como – mesmo em uma experiência consolidada como a rede de atenção básica de Campinas –, não se realiza plenamente a proposta de gestão por colegiados em particular, em especial o de se tornar espaço efetivo para a discussão do cuidado, de modo que o artigo apontava que

outros mecanismos de coordenação e co-gestão, mais descentrados, ágeis e colados aos processos de trabalho poderão ter mais potência que o próprio colegiado de gestão para a reconstrução das relações na equipe, entre os quais a constituição de grupos de trabalho para enfrentamento de problemas específicos, a elaboração de projetos terapêuticos envolvendo toda a equipe para pacientes em situação de vulnerabilidades e todo e qualquer arranjo que tome o cuidado como foco de atenção e ponto de partida.

Creio que a Saúde Mental brasileira, em particular as equipes e serviços de saúde engajados na consolidação da reforma psiquiátrica, entre os quais eu enfatizaria os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), são portadores de experiências muito significativas de discussão e planejamento do trabalho em equipe, cujo produto mais palpável são os projetos terapêuticos individuais ou singulares, como se tem preferido dizer, aliado a quase imprescindíveis processos de supervisão institucional.

A Saúde, de um modo geral, tem aprendido muito com o que a saúde mental tem experimentado nos últimos anos, em particular o exercício de práticas efetivamente interdisciplinares, coisa nem sempre facilmente reproduzível nos demais serviços de saúde.

Portanto, trata-se de se pensar outros dispositivos facilitadores ou propiciadores do encontro entre os *trabalhadores que cuidam*, e entre os trabalhadores e os usuários, que serão produzidos de modo singular em cada equipe, como *experimentos*, contingentes, sem nunca se encontrar um “modelo” ideal de funcionamento da equipe. Portanto, se abandonarmos a ideia de um “trabalhador moral”, ou seja, aquele que vai aderir automaticamente aos princípios de uma determinada política de saúde, em particular da reforma psiquiátrica, o que temos pela frente é um longo caminho político-pedagógico a ser percorrido. **Político** por se tratar de relações entre homens e mulheres, de trabalhadores entre si, e de trabalhadores e usuários, atravessados por disputas de sentidos, por desejos, mas também por limites e possibilidades, dado que são encontros que ocorrem na *institucionalidade* própria dos serviços de saúde. **Pedagógico** por se tratar de um aprendizado sem fim, se levarmos em conta que cada encontro trabalhador-usuário há de resultar sempre na busca da resposta singular para aquela situação, o que evidencia um *sempre estar aprendendo*, inventando, experimentando, se posicionando perante aquilo que cada pessoa nos traz como suas necessidades. Daí que é necessário deixar de lado qualquer pretensão de um “trabalhador moral” que estaria sempre ali, ao nosso alcance, para “aplicar” ou implementar e consolidar os princípios tão corretos e desejados da reforma psiquiátrica, mas assumir que temos sempre, pela frente, um processo de final aberto, cujo horizonte há de ser reconstruído a cada dia.

Por tudo isso é que se pode dizer que o cuidado em saúde, como já foi apontado nas “negações” anteriores, é, irredutivelmente, e sempre, um *ato político*. E nisso, a saúde mental é exemplar!

# Referências

- A)** 1. CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v. , p. 113-126; 2. CECILIO, L. C. O. ; MATSMUTO, N. F. Uma taxonomia operacional de saúde. In: Roseni Pinheiro; Rubem Mattos. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, v., p. 35-39.
- B)** MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.ª edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2007.
- C)** CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. In: **Interface (Botucatu)**, 2009, vol.13, suppl.1, p.545-555.
- D)** CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. In: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 589-599, 2011.
- E)** CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. In: **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 589-599, 2011.
- F)** DEJOURS, C. Parte I: trajetória teórico-conceitual; parte II: a clínica do trabalho; parte III: perspectivas. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.). **Cristophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.47-334
- G)** CECILIO, L. C. O. *Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde*. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**. (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 589-599, 2011.
- H)** ABREU, M.A et al. Apoios de Decisão: Instrumento de Auxílio à Medicina Baseada em Preferências. Uma Revisão Conceitual. In: **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n.4, p. 266-272, jul/ago, 2006.
- I)** CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: **Cad. Saúde Pública**, Set 1997, vol.13, no.3, p.469-478.
- J)** CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. In: **Cad. Saúde Pública**, Jul 2014, vol.30, no.7, p.1502-1514
- K)** CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”. In: **Saude soc.**, Jun 2012, vol.21, no.2, p.280-289.

**L)** CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. In: **Interface (Botucatu)**, Ago 2007, vol.11, no.22, p.345-351

**M)** CAMPOS, GWS. **Um método par análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1.a Edição, 2000.

**N)** CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. In: **Cad. Saúde Pública**, Mar 2010, vol.26, no.3, p.557-566