

Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Emerson Elias Merhy

1. *A complexidade do objeto*

Começamos pensando numa unidade de saúde e no trabalho que acontece em seu interior: é possível identificar vários importantes planos em sua constituição. Tomando o ponto de vista da produção da organização, há ao menos a perspectiva da gestão, a dos trabalhadores e a dos usuários. Cada qual entra no cenário com conceitos, intencionalidades e projetos, abrindo um campo de produção que pode se configurar de maneira mais ou menos rígida - como **aparelho**, como **roda** e como **praça** (Merhy, 2006).

Estamos trazendo aqui a ideia de que a constituição organizacional de uma unidade de saúde é produzida em vários planos, em que se configuram de diferentes modos as relações público-privado e os encontros e atravessamentos entre as diferentes lógicas que mobilizam os distintos atores sociais que compõem essa cena.

Assim, há um plano de constituição mais formal, explicitado pelo organograma, pelos fluxos definidos, pelas normas, pela construção mesma do espaço com seus consultórios, equipamentos. Há aí um instituído mais amplo, produzido pelo simples fato de que socialmente se imagina que certas coisas devam acontecer num lugar denominado unidade de saúde. Trazemos, então, a ideia de um lugar público constituído como um aparelho com funcionalidade bem definida: ser uma unidade de saúde. Esse é o **aparelho**, em que a funcionalidade definida é imperativa do lugar, é instituinte. Dá a cara do instituído, que dialoga fortemente com as molaridades relativas ao modo hegemônico de produzir saúde com todas as suas consequências. Desde certa perspectiva, basta mesmo inaugurar o espaço físico, instalar nele equipamentos e insumos e povoá-los com trabalhadores para que uma unidade de saúde funcione e cumpra “o seu papel”.

Mas dentro das unidades de saúde também há “**rodas**” operando. A roda que os trabalhadores e a gestão podem instituir, fabricando suas equipes, seus modos de trabalhar e invadindo o aparelho unidade de saúde. Reúnem-se, fazem ofertas um para o outro, constroem entre si acordos e regras. Organizam-se para atuar como um coletivo, mas em que cada um possa atuar do seu jeito. Atuam tanto para produzir o acordo, quanto para participar da produção de atos de saúde, que, por exemplo, consideram cuidadores. Enfim, o modo de construir a funcionalidade do espaço que está sendo produzido é muito mais elástico e muito mais disponível ao grupo constituído e em ação.

Entretanto, todo este processo tem um objetivo final imposto a ser atingido: organizar a ação do coletivo para produzir atos de saúde.

O instituir-se como roda não independe do coletivo que está aí atuando: os projetos de cada qual, as referências que orientam as proposições e os encontros mudam a cara dos acordos e dos agires, inclusive dos usuários, que também têm uma expectativa de uso em relação às unidades de saúde. A tensão na dobra público e privado é mais à superfície, não há uma interdição tão forte como no caso do aparelho, em que a regra é única e gera punição imediata na sua violação, segundo quem o sustenta. Nas rodas os processos estão mais abertos aos acontecimentos.

A terceira imagem é a de uma **praça**, na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção. São vários os coletivos se intercedendo. Há até aqueles que vão lá apenas para ver os outros. Há outros que vão só por ir. E, há outros que vão para fazer alguma atividade própria, como a de produzir atos de saúde. Em uma praça o acontecimento é a regra e os encontros são a sua constitutividade. Nela há muitos “entres”. Não há regra a ser imposta, não há funcionalidade a priori a ser obedecida. Os coletivos que aí estão constituindo-os estão em pleno ato do acontecer, podendo ou não se expressar para o outro, ou ir em busca do outro, como forma de ampliar as muitas possibilidades de encontros, mas deixando os sentidos dos fazeres acontecerem em suas muitas multiplicidades. A possibilidade de compreender esta convivência contaminante produtiva e criadora, do diferente em nós, nos aparelhos e rodas, pode permitir a instituição da dobra público e privado como um lugar profundamente democrático e em produção.

Claro que numa unidade de saúde há certos limites para a produção da praça, já que a intencionalidade relativa à produção dos atos de saúde é muito forte para todos os envolvidos. Mas no que diz respeito ao encontro entre trabalhadores e usuários, essa é uma imagem bem poderosa. A agenda do encontro pode ser mais ou menos instrumental, mais ou menos aberta para a vida, inclusive acontecendo nos mais diferentes espaços (que não somente os das unidades), todos reconhecidos como possíveis lugares de encontro.

Mas todo o lugar no qual se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, expressando-se na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também segundo afetos entre os sujeitos. Ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade. É como em um efeito pororoca, num vai e vem de produção, essa última,

por sua vez, produz esse mesmo mundo, agora, já de um outro modo, porque já sob influência da ação de uma nova subjetividade, que foi construída pelo mesmo sujeito da ação na sua alteridade (Merhy, 2005).

No mundo do cuidado essa afetação mútua acontece quando trabalhadores e usuários se abrem para o encontro, reconhecendo mutuamente como legítimos seus respectivos saberes e expectativas, negociando e construindo de modo compartilhado os projetos de cuidado, que estão sempre em disputa.

Quando essa abertura existe, os encontros entre trabalhadores e usuários tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios. Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado, mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados.

Desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir um outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar ou de outros coletivos em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação.

Para almejar e conseguir tanto, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e anti-produtivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Para gestores e trabalhadores em produção coletiva do trabalho em saúde dar-se conta de tudo isso é fundamental. Sem essa referência, pensar o trabalho é quase mover-se cegamente, atado num patamar fixo que pouco explica. É preciso problematizar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a ideia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis.

Cuidar de si, quer dizer refletir criticamente sobre si mesmo, é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo auto-analítico pode

criar esse efeito na equipe.

Essa é uma condição indispensável para que os trabalhadores produzam o cuidado de si mesmos, no cuidar dos outros e coloquem em análise as suas implicações com a produção da vida, nessa situação. E isso diz respeito a um “olhar para si”, mas mais do que isso, significa montar e desmontar mundos, conseguir operar movimentos de desterritorialização e reterritorialização em relação à práxis de produção do cuidado.

O trabalhador da saúde que não faz esses movimentos, não consegue “cuidar de si”, tende a permanecer aprisionado na plataforma organizacional que conduz a produção do cuidado em uma Unidade de Saúde, pelas linhas do instituído, capturado intensamente pelas lógicas hegemônicas capitaneadas pelos modos de agir das profissões de saúde encasteladas cada uma em si mesma.

Olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio. É uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva.

Fazer do mundo do trabalho, na sua micropolítica, um lugar para tornar estas intencionalidades e implicações elementos explícitos, a fim de constituí-los em matéria-prima para a produção de redes de conversas coletivas entre os vários trabalhadores, que habitam o cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, é explorar esta potência inscrita nos fazeres produtivos, como atos pedagógicos. Por isso, o mundo do trabalho é lugar de se debruçar sobre objetos das ações, de fazeres, saberes e agenciamentos de sujeitos. O mundo do trabalho, nos encontros que provoca, abre-se para nossas vontades e desejos, condenando-nos também à liberdade e a estarmos diante de nós mesmos, nos nossos atos e nossas implicações.

Essa perspectiva micropolítica em relação ao cotidiano das unidades e do trabalho em saúde complexifica a compreensão da gestão e da produção das políticas. O plano formal, geralmente dominante nas formulações nesses campos, precisa ser agregado de muitos outros planos. A ação normativa precisa ser combinada com muitas outras - de produção de conversas e de negociação – para sair do plano discursivo e chegar ao plano da produção. A produção da política ganha o terreno da vida e dos encontros e passa a ser reconhecida (e fabricada) como agenda de todos os envolvidos.

2. *Alguns pressupostos e desafios para nossas iniciativas de investigação*

Essa perspectiva micropolítica também modifica necessariamente o modo de pensar a investigação no plano da política e da gestão. Estratégias para chegar perto do que acontece vivo e em ato passam a ser indispensáveis. Também torna inimaginável a possibilidade de investigar um serviço, uma rede, seus arranjos e as práticas ali inscritas sem envolver os atores locais no processo, fazendo com que a oportunidade da pesquisa seja um momento para o tipo de reflexão autoanalítica que descrevemos acima. E possibilitando a eles (os atores em cena) a oportunidade de serem também produtores do saber que o movimento de debruçar-se analiticamente sobre os processos enseja.

Então nosso arranjo de pesquisa sempre envolve uma apresentação inicial do que estamos pretendendo e um convite a que alguns deles se envolvam no processo, ao menos como pesquisadores auxiliares.

A complexidade das organizações e do trabalho em saúde impõe grandes desafios metodológicos para os processos investigativos. A depender de como se arma o estudo, apenas alguns dos múltiplos planos já mencionados serão acessados. A depender de como se acessa os diferentes atores, idem. Particularmente complexo é acessar a produção do cuidado, que acontece em ato e da qual encontramos somente vestígios – alguns deles registrados em prontuário, a maior parte deles impressos no corpo dos que estiveram envolvidos em sua produção.

Neste texto, vamos relatar as metodologias utilizadas em investigações sobre atenção domiciliar, particularmente uma, nacional encomendada pelo Ministério da Saúde sobre o estado da arte da atenção domiciliar no âmbito do SUS. Estes foram estudos cartográficos.

A cartografia é um termo oriundo da Geografia e registra as paisagens que se conformam segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo como existência, pela vida que ali passa. Gilles Deleuze e Felix Guattari (2000) captam este termo e o desterritorializam dizendo que as paisagens sociais são cabíveis de serem cartografadas. Eles também utilizam o termo mapa para descrever linhas, identidades, subjetivações da paisagem social como se fosse um mapa geográfico. Na primeira fase dos estudos foi feita a identificação e reconhecimento dos serviços, um certo mapeamento, e, depois, utilizamos como dispositivos analíticos os casos traçadores, que servem de analisadores, pois com eles andamos por lugares e percursos a conhecer, em ato.

O estudo da cartografia surge no Brasil em 1989, como proposta metodológica oriunda dos estudos da filosofia da diferença, da pragmática universal e como um novo paradigma ético-estético discutido por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2000). Aqui, o expoente inicial da discussão foi Suely Rolnik com o livro “Cartografia Sentimental” (1989), no qual conceitua a cartografia como “a conformação do desejo (como produção) no campo social”.

Esta proposta parte da vertente filosófica da imanência por defender um pensar imanente que existe

sempre em um dado objeto e é inseparável dele. O rigor desta teoria está na coexistência do extensivo (extrato, território) e o intensivo. Mairesse (2003) pondera que a cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização – construção espacial subjetiva, no campo da ciência para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do pesquisador/autor/cartógrafo. Vantagens que se agregam aos caminheiros metodológicos mais clássicos dos estudos consagrados e igualmente fundamentais. Aqui misturaremos essas possibilidades ao utilizarmos de ferramentas como o Fluxograma Analisador, as Redes de Petição e Compromisso, os Mapas Analíticos [\[Link – aqui faremos a inserção de links para outro texto do material que trabalha com estes conceitos.\]](#) e as informações diretas junto aos protagonistas dos processos de cuidado em todas as instâncias, inclusive utilizando de Entrevistas e de Grupos Focais com trabalhadores, gestores, usuários e familiares, para explorar melhor o que for identificado como referente ao objeto em investigação.

Utilizamos a oferta teórica de trabalhos anteriores de Cecílio (1997) e de Merhy (2002; 2007) na construção da rede de cuidados e instrumentos como o fluxograma analisador para a leitura crítico/analítica do cuidado. Associamos, como já indicado, a noção de analisadores (dos institucionalistas) que emergem no campo de investigação e fazem referência ao objeto em estudo. Para caracterizar a participação e visão dos trabalhadores desenvolvemos instrumentos de coleta de informações (questionário, roteiro de entrevista etc.).

Esta opção reforça a crença de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente e pressupõe que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira, mas havendo, sim, disputa de verdades (Foucault). Lüdke e André (1986) assinalam que, na pesquisa tipo estudo de caso, o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social como, também, sua opinião a respeito do tema em estudo. É fundamental que o pesquisador se mantenha aberto às novas descobertas que são feitas, como também se mantenha alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir ao longo da investigação. Além da abertura do pesquisador, a cartografia supõe a utilização de dispositivos que produzam alteridade, que possibilitem aos diferentes atores olharem para sua situação e suas formulações desde outros lugares. Por isso os espaços coletivos de conversa são preciosos; por isso a devolução do olhar do pesquisador para o coletivo como matéria de conversa é indispensável; por isso, o olhar de todos os envolvidos é indispensável.

3. *A pesquisa de atenção domiciliar*

Essa pesquisa tinha como objetivo investigar as lógicas de organização e gestão (incluindo avaliação e custos), bem como as modalidades de atenção domiciliar e as práticas de cuidado dos diferentes tipos de serviços de existentes no âmbito do SUS – iniciativas municipais, estaduais, federais, serviços específicos, serviços ligados a hospitais, a UPAs, à Saúde da Família etc. O objetivo era, a partir desses achados, subsidiar a elaboração de uma política nacional para essa área. Inicialmente procedemos à identificação de experiências, tomando as informações de que o Ministério da Saúde dispunha. Nossa pretensão era analisar experiências em todas as regiões do país. Para tanto, a partir de um mapeamento inicial, visitamos os locais identificados. Os critérios de inclusão eram simples: verificar se se tratava de um serviço ativo e se efetivamente de atenção domiciliar, além de verificar a disposição da gestão em participar da investigação.

Terminamos não conseguindo casos nas regiões norte e centro-oeste. Ficamos com um caso no nordeste, três no sudeste e um na região sul. Nesta fase, realizamos visitas in loco a todos os serviços públicos de Atenção Domiciliar para uma primeira abordagem. Utilizamos, como instrumentos e procedimentos para coleta de dados, a análise documental, as entrevistas com gestores dos serviços e com informantes-chave do âmbito da gestão (secretaria de saúde). Como resultado, foi construído um banco de dados agregando informações sobre a gestão de recursos dos serviços (investimento e custeio); informações sobre a lógica de organização do serviço, dinâmicas de trabalho, composição das equipes (carga horária, remuneração, tipo de contratação) e informações sobre os indicadores de avaliação utilizados pelos serviços. Foi nessa primeira etapa que apresentamos o desenho da pesquisa e efetivamos o convite às equipes que indicassem dois pesquisadores auxiliares.

Num primeiro momento, exploramos com os coletivos das equipes também suas declarações acerca dos objetivos e funcionamento dos serviços. Solicitamos, então, às equipes a identificação de casos significativos, chamados de traçadores: casos representativos do perfil do serviço, casos que houvessem provocado desconforto, casos que houvessem provocado satisfação. A partir desse conjunto, a equipe de investigação, em diálogo com as equipes locais, selecionou alguns – incluindo todos os tipos - para análise em profundidade em cada uma das cidades. Em cada um dos campos foram selecionados alguns casos traçadores.

Traçadores configuram-se como uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos (marcadores biológicos, marcadores clínicos, por exemplo) como em estudos qualitativos, tanto na área das ciências sociais e políticas, como também, nas áreas da educação e da saúde. *Tracer studies (estudos longitudinais com traçadores – tanto para acompanhar variáveis, como para acompanhar casos), process tracing (acompanhamento do desenvolvimento de*

processos de mudança, por exemplo), patient shadowing (acompanhamento direto dos percursos de um usuário na rede de serviços), discovery interviews (entrevistas não estruturadas com usuários e profissionais de saúde nos diferentes momentos de produção do cuidado), flow charts (análise a posteriori do itinerário percorrido por um usuário ao longo de seu tratamento) são alguns dos dispositivos que podem ser utilizados nos estudos qualitativos que adotam a estratégia dos traçadores.

Casos traçadores podem ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente (como marcadores para analisar um processo de cuidado, um processo de mudança ou um processo educacional). A análise das situações traçadoras permite examinar “em situação” as maneiras como se concretizam, na prática, processos de trabalho complexos, como os da saúde e da educação, que envolvem um importante grau de autonomia dos profissionais. Isso é importante porque “em ato”, na cena concreta, expressam-se valores, conceitos e tecnologias que não necessariamente são captados numa entrevista (quando geralmente se fala do “dever ser” – e não do que realmente é – ou de como cada um interpreta a cena vivida – sem expressar necessariamente os conflitos). Dependendo do marcador, evidenciam-se diferentes tipos de atuação da equipe, diferentes configurações de interação entre os trabalhadores e dos trabalhadores com os usuários, diferentes repertórios tecnológicos, diferentes arranjos organizacionais.

O caso traçador foi entendido, neste estudo, como uma experiência de atenção domiciliar que permitisse a análise das situações identificadas como “marcadoras” para profissionais e gestores dos serviços de atenção domiciliar. Os casos traçadores permitiam desenhar alguns mapas analíticos da política de atenção domiciliar efetivada, dos serviços e de sua organização na prática, da produção do cuidado efetivada em situações concretas.

O caráter de marcador ou traçador do caso é determinado pelas características ou plano constitutivo da organização ou das práticas que se supõe seja analisador. No caso, inclusive para estimular a reflexão dentro e entre as equipes, solicitamos que identificassem casos que considerassem representativos de seu cotidiano, casos significativos por terem sido complexos, mas bem sucedidos e casos significativos por lhes provocarem desconforto.

Só para escolher os casos, as equipes já precisam sentar-se e refletir conjuntamente sobre o trabalho. As equipes compuseram um banco de casos e forneceram aos pesquisadores um resumo com os aspectos mais significativos de cada um deles. A partir destes dados estabelecemos um diálogo inicial com os trabalhadores para, depois, escolher que casos seriam então analisados.

Para estes, então, a equipe preparou um relato mais detalhado. Num primeiro momento, analisamos os relatos e os prontuários. Chamou nossa atenção a pobreza dos prontuários. Com raras exceções,

estavam registradas somente as informações relativas aos aspectos biológicos do processo de adoecimento e as correspondentes condutas terapêuticas. Uma sucessão repetitiva de registros impessoais e condutas formais. Nas conversas com as equipes, ao contrário, foi possível resgatar a vida de cada caso: os aspectos afetivos, sociais, as divergências dentro da equipe, as dificuldades de relacionamento com certas famílias ou cuidadores, os estranhamentos (da equipe e das famílias), os dilemas e desafios, o impacto das histórias sobre os profissionais. Havia sim fotografias, lembranças, lembretes, fluxos de intensidades, vida em profusão, mas nada disso aparecia nos prontuários.

Ou seja, para analisar a qualidade da atenção prestada ou o tipo de tecnologias envolvidas na produção do cuidado ou a dinâmica da equipe, definitivamente a pior fonte possível seriam os prontuários.

O registro escrito está capturado pela lógica das **tecnologias duras e leve-duras** [[Link - para a referência de textos de Mehry ou pequena explicação dos conceitos](#)] e não se mostra adequado para captar toda a dinâmica de trocas intersubjetivas, toda a gama de tecnologias leves utilizadas para trabalhar em equipe, construir planos de ação e efetivar o cuidado. Essas informações/ emoções/ vivências estão registradas na memória, na afetividade dos trabalhadores e dos usuários/familiares/cuidadores. Mais que isso, são parte do processo de produção desses sujeitos cuidadores, já que a cada experiência vivenciada se transformam todos os envolvidos e sua caixa de ferramentas para o trabalho em saúde.

A seguir, acompanhamos uma visita da equipe aos domicílios e depois entrevistamos usuários e/ou familiares, conforme o caso. Produzimos, então, uma análise inicial do material, que foi compartilhada e discutida com as equipes. Esse movimento todo possibilitou um processo de auto-análise da equipe sobre seu trabalho, com surpresas e novidades.

A análise dos casos traçadores permitiu, portanto, avaliar o processo de trabalho e gestão: a construção do cuidado, a dinâmica da equipe, os tipos de tecnologias utilizadas, a relação com o usuário e com o cuidador, a relação da Atenção Domiciliar com outros serviços de saúde eventualmente necessários para a prestação do cuidado adequado, os problemas, os fatores decisivos para os bons resultados, o que poderia ter sido feito para evitar ou amplificar tal situação.

Depois de analisados todos os casos de todos os campos, tomamos os seguintes como analisadores principais nessa pesquisa: a disputa do cuidado, a construção oral da memória da produção do cuidado, a educação permanente da equipe e do cuidador, a implicação e a avaliação no fazer militante da equipe e a substitutividade e a desinstitucionalização da atenção domiciliar.

Apresentamos esses analisadores:

A disputa de projetos terapêuticos

A saúde analisada como prática social tem implicado o reconhecimento de várias especificidades dentre as quais queremos destacar a particularidade de que o fato de estar vivo (e, portanto, de vivenciar estados/situações de saúde e doença) e de viver em sociedade (e, portanto, compartilhar usos, costumes, valores culturais e simbólicos) conferirem a todas as pessoas saberes sobre saúde/doença, saberes sobre os melhores modos de andar a vida. O cientificismo da era moderna, no entanto, insiste em expropriar as pessoas desses saberes, submetendo-as ao peso das decisões técnicas; essas, sim, tomadas com base em conhecimentos legítimos – os científicos.

Apesar disso, em maior ou menor grau, existe uma permanente disputa entre profissionais de saúde e usuários em relação ao projeto terapêutico. No espaço da internação hospitalar, em que a autonomia do usuário e de sua família está bastante reduzida e os mecanismos de controle sobre os corpos e vontades são amplos, a efetivação da disputa é mínima; mas no âmbito dos ambulatórios e das unidades de saúde, quando os usuários são mais donos de si, a disputa é maior e frequentemente os usuários aderem seletivamente às condutas indicadas pelos profissionais de saúde, produzindo intervenções ativas nas propostas terapêuticas “reais” (aquelas que efetivamente são levadas à prática).

No caso da atenção domiciliar, apesar de haver a transferência para o domicílio de uma série de procedimentos antes realizados no âmbito hospitalar, como existe também a transferência de parte significativa da responsabilidade do cuidado para o cuidador (alguém da família ou o próprio usuário) e esse cuidado se faz no interior das casas das pessoas, a possibilidade de disputa explícita por parte dos usuários/cuidadores/familiares aumenta de maneira significativa.

Nos casos estudados, encontramos todas as possibilidades: desde equipes que constroem o plano de cuidado em conjunto com os cuidadores, havendo a possibilidade de singularização do cuidado de acordo com necessidades identificadas e recursos disponibilizados pela família até equipes que procuram simplesmente transferir o hospital para dentro da casa, tentando enquadrar o cuidador como um simples executor de um plano terapêutico construído exclusivamente de acordo com a racionalidade técnico-científica.

A disputa se faz então entre a “institucionalização” da casa como um espaço de cuidado dominado pela racionalidade técnica (e pelo predomínio das tecnologias duras e leve-duras na produção do cuidado) e a “desinstitucionalização” do cuidado em saúde, havendo construção compartilhada do

projeto terapêutico, ampliação da autonomia do cuidador/família/usuário, ampliação da dimensão cuidadora do trabalho da equipe (e o predomínio das tecnologias leves e leve-duras na produção do cuidado).

No segundo caso, a atenção domiciliar surge como uma alternativa de organização da atenção à saúde que contribui ativamente para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado, da ampliação da autonomia dos usuários na produção de sua própria saúde. Assim como no caso da saúde mental se busca produzir dispositivos terapêuticos que levem à desinstitucionalização do cuidado e do usuário, a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde. A tensão entre ambos os pólos é constitutiva da modalidade, mas, por isso, mesmo, ela é portadora de um potencial significativo de inovação.

A educação permanente da equipe e do cuidador

Nos locais em que se colocam como produtoras de alternativas inovadoras no cuidado em saúde, as equipes de atenção domiciliar tornam-se lugares de manifestação de grandes conflitos e desafios.

Conflitos em relação à autoria do plano de cuidados, ao papel de cada profissional e dos usuários/cuidadores na produção do cuidado num espaço que é privado mas invadido pelo público; conflitos diante da convivência íntima dos profissionais com necessidades, sofrimentos, valores culturais e religiosos antes apenas vislumbrados; desafios diante da necessidade de produzir novas tecnologias de cuidado; desafios de construir um outro equilíbrio entre os diferentes tipos de tecnologias envolvidos no trabalho em saúde; desafio de construir equipe com um trabalho efetivamente orientado e mobilizado pelas necessidades de saúde não somente do usuário, mas do coletivo familiar em questão; desafio de superar a fragmentação do sistema de saúde e de produzir continuidade de atenção no interior de uma linha de cuidado que é produzida em ato para cada situação.

Para tanto, este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Um trabalho como esse só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social

dos vários sujeitos e atores sociais, de modo a ser gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e produção de cidadania.

Essa aposta implica a fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde que consigam com seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir mais vida ou a boa morte em situações muitas vezes negligenciadas pelo sistema de saúde.

Então, para que o domicílio seja espaço de produção de um lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é preciso construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas; para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato; para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado.

Olhar para o dia a dia do mundo do trabalho e ver os modos como os atos produtivos produzem e transformam os conceitos, tornar esse processo objeto da curiosidade dos trabalhadores é a oportunidade que traz a educação permanente em saúde, tornando-se um recurso indispensável para esse trabalho de apoio e produção de equipes inventoras.

Mas é preciso que esse seja um investimento da gestão do sistema e dos serviços e não seja mais uma providência deixada a cargo da invenção de governabilidade das equipes.

No caso da atenção domiciliar há ainda, de modo mais evidente, a necessidade de também dialogar e apoiar de maneira sistemática com os cuidadores. Não somente produzindo espaços de reflexão sobre as práticas produzidas – e esse pode ser um recurso muito interessante para captação de novas tecnologias de cuidado – mas também proporcionando escuta e apoio para esse personagem que abre mão de partes significativas de sua própria autonomia em prol do cuidado de outro.

Mesmo sem que esse plano de reflexão fosse planejado pela gestão, na pesquisa identificamos que ele foi muitas vezes fabricado pelas equipes. Mas a institucionalização e o apoio ativo a que esses espaços sejam constituídos é fundamental.

A implicação e a avaliação no fazer militante da equipe

Essa fabricação autônoma das equipes de espaços de reflexão e invenção também aparece, nas experiências analisadas, na paixão que os trabalhadores das equipes têm pelo seu trabalho, implicando-se intensamente com ele. Dedicam-se de maneira muito intensa, comprometem-se com as pessoas de que cuidam e com suas famílias muito além do que a responsabilidade técnica/formal

prescreve.

Parece, então, que a possibilidade de produção inovadora do cuidado neste caso está relacionada à existência de um projeto ético-político que toma as necessidades do usuário como referência central e que, portanto, reconhece-o como sujeito, interlocutor decisivo na produção dos projetos terapêuticos (muitas vezes essa autonomia é “arrancada” pelas famílias).

Projeto ético-político, por outro lado, que tem na implicação/ paixão um elemento decisivo de mobilização dos trabalhadores. Paixão pela possibilidade de resgatar a dimensão cuidadora de seu trabalho em saúde. Paixão pela possibilidade de criar, inventar, ou seja, paixão pelo trabalho vivo autopoietico. Paixão por terem que se defrontar cotidianamente com o inusitado, com as singularidades de cada pessoa e de cada família (que existem sempre, é claro, mas que o cuidado no domicílio aparentemente torna mais evidentes) – ou seja, paixão pelo trabalho vivo em ato. Paixão por se descobrirem humanos em seu trabalho em saúde – na identificação que ocorre em sua percepção sobre a construção das relações familiares, nas tristezas e alegrias, nos medos, na potência e na impotência de suas ofertas. Paixão por se desejarem equipe e por conseguirem operar essa produção. Paixão pelo resgate da solidariedade em sua prática profissional e pela demolição dos limites impostos pela racionalidade científica na definição de seus fazeres, amores, desamores e responsabilidades nas relações com os usuários.

Sem implicação e compromisso não seria possível suportar a instabilidade, a incerteza, a exposição e a exigência de criatividade que um trabalho - desenvolvido de maneira tão próxima e conectada com os usuários e seu modo de viver a vida - exige.

Esse grau de implicação das equipes da atenção domiciliar ,associado às demais características de seu trabalho analisadas até aqui (disputa de projeto terapêutico, necessidade da educação permanente em saúde como ferramenta de autoanálise e invenção, predomínio da memória oral no registro das experiências de cuidado) obrigam-nos a uma necessária reflexão a respeito das possibilidades de avaliação e produção de conhecimento a respeito dessa modalidade de organização do trabalho em saúde.

Desinstitucionalização e substitutividade na atenção domiciliar

Nos casos analisados, de acordo com os próprios sujeitos dos processos, o trabalho desinstitucionalizado, realizado nas casas das pessoas, oferece-lhes mais liberdade de criação na condução das suas atividades (inclusive nos aspectos clínicos), permite-lhes relacionar-se

diretamente com as pessoas (sem intermediários), possibilita-lhes conhecer e vivenciar seus contextos de vida e essa vivência mobiliza sua capacidade de produzir alternativas coletivas, criativas e apropriadas para o cuidado e a produção da autonomia. Tudo isso lhes possibilita construir vínculos mais fortes, permite-lhes resgatar de maneira intensiva a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, operando como um trabalhador coletivo. Além disso – e essa é uma consideração nossa - convivem e são desafiados por um grau inusitado de autonomia das famílias na produção dos projetos de cuidado que são implementados.

Parece, então, que o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional – o domicílio – e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação.

Assim como acontece na saúde mental e no trabalho dos agentes comunitários de saúde, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Tensão essa que pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à atenção domiciliar como espaço de “desinstitucionalização”, potencialmente produtora de inovações. Ou pode ser uma tensão que se resolva por meio da subjugação da família e da reprodução. O projeto ético-político das equipes é decisivo na definição desse jogo.

A substitutividade e a desinstitucionalização seriam então elementos fundamentais para a produção de novas maneiras de cuidar, de novas práticas de saúde em que o compromisso com a defesa da vida norteia o pacto de trabalho das equipes.

Esse grau de substitutividade pareceu ser influenciado pelo arranjo dos serviços de atenção domiciliar e pela construção heterogênea dos objetos de trabalho. Mais amarrados e menos criativos os serviços e as equipes que estavam mais atrelados aos movimentos de desospitalização precoce ou de prevenção de hospitalização em casos mais agudos. Situações como completar ou instituir o tratamento endovenoso para uma pneumonia ou uma infecção urinária em que não havia instabilidade clínica (grande rotatividade, foco nos procedimentos, menores oportunidades de construir vínculo e de singularizar o cuidado). Menos amarrados e mais criativos quando a conexão dos serviços de atenção domiciliar se faz com todos os lugares da rede e as situações a serem trabalhadas exigem um tempo maior de convivência e essa convivência ampliada proporciona à equipe mais mistura com o contexto de vida, mais elementos a incorporar na construção do projeto terapêutico. Grande destaque aos intensos desafios e extrema criatividade das equipes trabalhando com cuidados paliativos e com ADT AIDS (atenção domiciliar como modalidade preferencial de

organizar a atenção para usuários que não aderiram ao tratamento). Objetos complexos, desafiadores, mas que provocam as equipes, que respondem de modo bastante criativo e cuidador.

As questões que a pesquisa suscitou para se pensar a gestão e políticas de atenção domiciliar

A partir de toda essa análise, produzimos indicativos para a formulação de uma política, destacando as modalidades de oferta e organização da AD, regulação e financiamento, além da análise de custos dos serviços. No entanto, em função das mudanças no Ministério da Saúde, toda essa produção ficou de fora da formulação da portaria, que abria a possibilidade de ampliação da atenção domiciliar no âmbito do SUS e que logo depois entrou em esquecimento.

A Atenção Domiciliar continua não sendo considerada em sua potencialidade na produção dos arranjos de atenção. Mais grave, no entanto, é o fato de não se instalar, a partir das reflexões oferecidas, um debate fundamental para a produção da integralidade: a importância de diversificar e flexibilizar as ofertas de atenção, considerando as diferentes necessidades de saúde. Prevalece acriticamente a insistência em querer adaptar as necessidades às ofertas fixas. Ganha força, sem debate, uma concepção racionalizadora da organização à saúde, que privilegia a “escala” à consideração das necessidades. Apesar “desse fechamento” do ouvido dos gestores, continuamos insistindo em trazer o debate a público.

No esforço de publicizar reflexões e debates, realizamos um seminário nacional bastante mobilizador, em que foram apresentados os resultados desta pesquisa e também as experiências de diferentes grupos inseridos na atenção domiciliar em todo o país.

Foram publicados 5 artigos a partir da pesquisa e dela também derivaram duas dissertações de mestrado.

Referências Bibliográficas

- Baremlit, G. Compêndio de Análise Institucional. Fundação Felix Guattari. Belo Horizonte. 1992.
- BRASIL. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização - 2007
- BRASIL. Lei 10424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigos à Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União;16 abr 2002.
- Campos, C. E outros. O SUS em Belo Horizonte. Lemos. São Paulo. 1998.
- Campos, G.W.S. Reforma da Reforma. Repensando a Saúde. Hucitec. São Paulo. 1994.
- Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. Hucitec. São Paulo. 2000.
- Carvalho, L. C., Feuerwerker, L.C.M. , Merhy, E.E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 3(3): 259-269, Septiembre - Diciembre, 2007
- Cecílio, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saúde Pública 1997; 13(3):469-78.
- Cecílio, L.C.O. e Merhy, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar, in Sentidos da integralidade. Lappis. Rio de Janeiro. 2003.
- Cunha, G.T. Gestão da Clínica e o processo de trabalho - Dia 15/05/2008 no IV Ciclo de Debates "Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família" da ENSP. (em audio e PPT). Rio de Janeiro, 2008.
- Deleuze, G, Guattari, F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. São Paulo, Editora 34, 2000. (5 volumes)
- Feuerwerker, L.C.M. & Merhy, E.E. “Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde”. *Rev Panam Salud Publica*. 2008; 24(3):180–8.ISSN 1020-4989.
- Fletcher, M. Strategy and implications of managing long-term illness. *Nurs Times*, England, 1, n. 102, p. 19-20, jan. 2006.

- Foucault, M. Freud, Nietzsche e Marx. Acesso on-line, 2010.
- Foucault, M. Microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. 19º ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- Franco, T.B. et al. Assistência Domiciliar na saúde complementar: revelando os processos de trabalho. 2007.
- Franco, T.B., Magalhães Jr., H.M. Integralidade na assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado. In: Merhy, E.E. et al O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- Guattari, F; Rolnik, S: Micropolítica: Cartografias do desejo. Petrópolis, Editora Vozes, 1996. 6ª ed.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico de 2000, Brasília, IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br//censo2000>>. Acesso em: 20 de março de 2007.
- Kessner, D.M., Kalk, C., Singer, J. Assessing health quality- a case for tracer. N. Engl. J. Med., n. 288, p. 189-94, 1973
- Lancetti, A. A clínica peripatética. Hucitec. São Paulo, 2006.
- Lourau, R. Análise Institucional. Hucitec. São Paulo, 2004.
- Ludke, M., André, M.E.D. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. EDUE. São Paulo, 1986.
- Mairesse, Denise. Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa. In: Fonseca, T. e Kirst, P (orgs). *Cartografias e devires: A Construção do presente*. Editora UFRGS. Porto Alegre, 2003.
- Martins, A.A, Franco, T.B, Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica in **Physis vol.19 no.2 Rio de Janeiro 2009**. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200012>
- Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Hucitec. São Paulo, 2002.
- Merhy, E.E. et al. Relatório preliminar do projeto de pesquisa implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes [relatório preliminar de pesquisa]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006-a.
- Merhy, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E. et al O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006-b.
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. 2007.

Disponível

em:

http://www.hueff.ufjf.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E.(org). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. 1 ed. Salvador:

Editora da UFBA, 2011, v. 1, p. 5-21.

Merhy, Emerson Elias e Franco, Tulio Batista . Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Disponível no endereço http://www.medicina.ufjf.br/micropolitica/pesquisas/atencaodomiciliar/textos/mapas_analiticos.pdf (consultado no dia 30/8/2010).

Minayo, C. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Hucitec. São Paulo, 2005.

Nietzsche, F. Gaia Ciência. Os pensadores. Abril cultural. Várias edições.

Noronha, J. C. de; Soares, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e S. saúde coletiva*, v. 6, n. 2, 2001.

Oliveira, G.N. O Projeto Terapêutico Como Contribuição Para a Mudança das Práticas de Saúde. Tese Mestrado: Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Unicamp, 2006.

Reis, A.F. et al (Orgs) Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

Rolnik, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

Shaver, JL. Rebalancing our health care systems paradigm. In: *Nurs Outlook*, USA, 4, n. 53, p. 169-170, jul.-aug. 2005.

Silva, Kênia Lara et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo technoassistencial**. *Rev. Saúde Pública*, Fev 2010, vol.44, no.1, p.166-176. ISSN 0034-8910.