



atenção terciária. Tal tema, ensejou a partir de reflexões e inquietações provenientes do cotidiano da assistência direta ao paciente hospitalizado.

(Re)pensando as práticas do cuidado em saúde

Ao desempenhar o cuidado em saúde, os trabalhadores operam um núcleo tecnológico em seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato, formando certa razão entre si, nomeada de Composição Técnica do Trabalho (MERHY; FRANCO, 2003), que pende em maior ou menor medida para um dos lados.

Dessa forma, as relações podem ser estritamente tecnicistas, sumárias e burocráticas, em que a assistência à saúde se produz centrada no ato prescritivo, baseado no somatório de procedimentos, ilustrado pelo modelo exclusivamente biomédico, em que a doença é compreendida de forma ahistórica, dissociando-a por vezes do próprio sujeito adoecido.

De outra maneira, em um modelo em que se reconhece que o adoecer é influenciado por determinantes sociais de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007), que demanda mobilização das diversas profissões, no sentido de se alcançar a resolutividade, não descartando a articulação intersetorial, considerando que ocasionalmente o adoecimento extrapola o setor saúde.

Transformar o modelo tecnoassistencial é um empreendimento que frequentemente encontra resistência, principalmente em contextos em que predomina as tecnologias duras, correspondendo à atenção terciária e quaternária. De acordo com Merhy e Franco (2003) estas são as micropolíticas de organização do trabalho, considerando que:

Todos os atores que se colocam em cena, implicados com a produção da saúde, governam certos espaços, dado o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Isso pressupõe que o modelo assistencial se constitui sempre, a partir de certas contraturalidades entre estes atores sociais e políticos, mesmo que esta pactuação se dê sob forte tensão, a forma de organização da assistência é produto dela (MERHY, 2003 *apud* MERHY; FRANCO, 2003).



ainda ser marcado pela desvalorização dos trabalhadores, precarização e gerenciamento centralizado e vertical (BARBOSA *et al.*, 2013).

Diante desse contexto, finda em última instância em trabalhadores que pouco se apropriam de seu próprio processo de trabalho e usuários pouco instituídos de seus direitos. Concordamos com Angerami (2018, p. 11) em sua defesa que “[...] a humanização da realidade hospitalar precisa contemplar não apenas o paciente em seu bojo, mas também esse profissional da saúde igualmente atirado a toda sorte de intempéries no exercício da atividade.”

Indispensável apontar que na micropolítica das relações de trabalho na atenção terciária, frequentemente percebe-se profissionais engajados para a efetiva implementação da PNH, a concebendo como forma de se consumir os direitos dos usuários no SUS, utilizando, mesmo sem conhecimento da nomenclatura tecnologias leves do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cenário do trabalho em saúde, frequentemente adota-se uma compreensão reducionista das tecnologias apenas para equipamentos e insumos médico-hospitalar. No entanto, na composição técnica do trabalho, o profissional mobiliza outras formas de tecnologias, sendo elas a leve, a leve-dura e a dura.

Reexaminar o arranjo tecnoassistencial é uma missão árdua, especialmente na atenção terciária em que se predomina as tecnologias duras. No entanto, o uso das tecnologias leves de forma concomitante às outras, se mostra como uma potente ferramenta para se alcançar a integralidade em saúde. Respalhada no fazer ético, reconhecendo e articulando-se para minimizar as relações assimétricas.

Os princípios fundamentais das tecnologias leves do cuidado se expressam nas políticas públicas através Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, visto que, em suas diretrizes defende o acolhimento, gestão



participativa/cogestão, ambiência além da clínica ampliada e compartilhada, ou seja, tecnologias eminentemente do campo relacional.

Na realidade da atenção terciária, o acolhimento e o vínculo, ainda parecem se mostram incipientes em referência ao tecnicismo, no entanto, despontam por parte dos trabalhadores formas criativas de responder às demandas das/dos usuários, no sentido da resolutividade e da assistência integral.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. **Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento**. São Paulo: Cengage Learning, 2018. p. 01-44.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 16-29, 2004.

BARBOSA, G. C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. **Saúde**, v. 6, 2003.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **CEBES**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

