

O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção

Working in health care and the challenge of humanization: analysis and intervention strategies

El trabajo en salud y la política nacional de humanización: estrategias de análisis y de intervención

Serafim Barbosa Santos Filho¹

Maria Elizabeth Barros de Barros²

RESUMO

O artigo apresenta estratégias de análise-intervenção no trabalho em saúde, partindo das bases teórico-metodológicas da Política Nacional de Humanização/PNH. No contexto dos desafios do trabalho atual em saúde, apresentam-se os princípios e dispositivos de humanização da *atenção e gestão* no SUS, aí agregando-se conceitos em torno da compreensão do *trabalho* como *atividade* e como *produção de serviço* e de *subjetividade*. Articulando-se esses conceitos referenciais, discorre-se sobre a estratégia de *apoio institucional* como caminho metodológico de análise-intervenção nos processos de trabalho nos estabelecimentos de saúde.

Palavras-chave: Trabalho em saúde; Saúde do Trabalhador; Humanização da assistência; Gestão; Processo de trabalho

ABSTRACT

The article presents analysis and intervention strategies in health work, parting from the references of the National Policy of Humanization/PNH. In the context of current challenges of working in health, the principles and devices humanization of care and management in the SUS are present then aggregating the conception of work as an *activity*, as a *service relationship* and *production of subjectivity*. Grounded in these references, the paper presents the strategy to *support institutional*, or *institutional support function*, and methodological lines of analysis-intervention in the work processes in health services.

Keywords: Health work; Occupational Health; Humanization of assistance; Management; Work Process

RESUMEN

El artículo presenta las estrategias de análisis y intervención en la obra de la salud, sobre la base de fundamentos teóricos y metodológicos de la Política Nacional de Humanización/PNH.

¹ Ministério da Saúde

² Universidade Federal do Espírito Santo

En el contexto de los desafíos actuales de trabajo en la salud, presenta los principios y los dispositivos de humanización de la atención y la gestión en el SUS, a continuación, agregando los conceptos en torno a la comprensión del trabajo como *actividad*, como *relación de servicio y producción de subjetividad*. Con base en esos referenciales presenta la estrategia o *función del apoyo institucional* y ejes metodológicos de análisis y intervención en los procesos de trabajo en los establecimientos de salud.

Palabras claves: Salud de los trabajadores; Salud Ocupacional, Humanización de la atención; Gestión; Proceso de Trabajo

O TRABALHO EM SAÚDE NA ATUALIDADE: CONTEXTO DE PROBLEMAS E DE DESAFIOS

O trabalho atual em saúde tem sido objeto de intensas críticas tanto em relação ao acesso e qualidade da assistência para os usuários quanto à crescente degradação de sua estrutura institucional e condições de trabalho, gerando repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

De modo genérico, essa situação pode ser sintetizada no que se tem nomeado como *precarização* do trabalho, fato que não se restringe somente ao setor saúde. O fenômeno de precarização está vinculado à reforma mais ampla do Estado, com práticas de flexibilização e terceirização da produção e emprego, e, na saúde, assume proporções especiais dada a própria expansão e capilarização dos serviços, espalhados nas mais remotas regiões do Brasil, o que dificulta o controle das formas de contrato e organização do trabalho e das condições em

que ele é realizado.^{1,2}

Tal fenômeno vem ocorrendo desde a década de 1990, momento em que se iniciam as transformações nas formas de gestão e organização política do Estado, com acentuação das práticas já precárias de gestão. Segundo Penteado et al.³ “existem, certamente, opções organizacionais tradicionalmente marcadas pelo autoritarismo e pela exclusão da participação dos trabalhadores nos processos de concepção, que contribuem no entendimento da degradação.”

Pesquisas, relatos e a observação cotidiana dos serviços sanitários apontam, insistentemente, para uma relação desprazerosa e de sofrimento com o trabalho, percepção que vem associada às mudanças no modo de produção no contemporâneo, marcado por instáveis formas de contratação, por uma contínua perda de direitos de proteção ao trabalhador, pelo baixo investimento em processos de qualificação e incentivos e pelos fracos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus processos de trabalho.^{4,5,6}

Acrescido a esse quadro destacam-se os aspectos ambientais próprios dos estabelecimentos de saúde, que abrigam situações nocivas e perigosas à saúde dos profissionais.

Diferentes ângulos de observação ajudam a explicitar os aspectos mais amplos e também específicos relacionados ao que se consideram *exposições, fatores associados e eventos* que se expressam no *corpo* do trabalhador e nas relações sociais de trabalho. Em uma recente revisão de literatura sobre as condições de

trabalho e adoecimento em trabalhadores da saúde as autoras apresentam a situação de riscos, acidentes e morbidades prevalentes, além de um panorama do grau de satisfação dos trabalhadores.⁷ O nível de satisfação é sugerido como indicador de qualidade dos serviços de saúde e os resultados demonstram o espectro de fatores organizacionais interferentes na percepção do trabalho e graus de satisfação. Os fatores associados à baixa satisfação abrangem as dificuldades nas relações institucionais e entre pares, as normas rígidas de realização do trabalho, baseadas em prioridades não compartilhadas e em cobrança de produtividade, a sobrecarga de trabalho, o isolamento e sensação de solidão na realização das tarefas, a complexificação das demandas e necessidades da população, muitas vezes agravadas pelos contextos de intensos riscos sociais e violência a que ficam expostos os trabalhadores nos locais de atendimento, e a falta de suportes variados para o desenvolvimento das ações. Entre esses fatores, destacam-se as dificuldades quanto à “oportunidade de discutir o trabalho com os superiores, cooperação na equipe e qualidade de comunicação entre os profissionais”⁸, aspectos essencialmente relacionados à esfera da gestão.

Toda essa situação de *exposição e impactos* é agravada com os desafios trazidos pelos novos paradigmas do cuidado (associados aos modelos de atenção e gestão), que produzem modificações importantes nas relações interprofissionais-equipes-gestores e de todos eles com os usuários, impactando de forma radical a atividade dos trabalhadores da saúde.

É importante remeter a discussão dos modelos de atenção e gestão ao que se denomina reestruturação produtiva e transição

tecnológica na saúde, conceitos que se referem à introdução de novas tecnologias no mundo do trabalho e as repercussões na sua dinâmica organizativa, na prestação do serviço ao usuário e nas relações sociais de trabalho. Segundo alguns autores^{9,10} o padrão hegemônico de reestruturação produtiva na saúde, acompanhando os parâmetros mercadológicos tradicionais, leva ao predomínio de uma lógica instrumental-dura de incorporação de recursos, que induz ou acentua o trabalho fragmentado, estruturado por meio de atos prescritivos, centrado nos insumos/maquinário e em procedimentos e não nas necessidades dos sujeitos, isto é, sem produzir interferência no núcleo essencial do trabalho – o das relações –, assim prevalecendo o trabalho morto em detrimento do trabalho vivo.

Nesse sentido é preciso considerar que a base técnica do processo de trabalho em saúde (que se sustenta no arranjo geral formulado por Marx¹¹) atualmente é atravessada por vários elementos que acentuam algumas de suas características, dentre elas: os modos de relações sociais que se estabelecem (ou se espera estabelecer) na dinâmica de produção em saúde como um *setor de serviço*, as características que o diferem e ao mesmo tempo o aproximam do modo de organização do trabalho nos demais setores da economia (na direção do que se considera certa “industrialização dos serviços”), a parcelização de tarefas e a separação entre os atos de planejar e de executar, reduzindo a inventividade e o controle do trabalhador e a autonomia no trabalho; em síntese, a fragmentação usual associada à realização dos procedimentos, à hierarquia de organização dos serviços, de incorporação de recursos tecnológicos e de configuração dos modelos

tecnossistêmicas, tudo isso se mesclando num ambiente de trabalho também atravessado por diferentes tipos de riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos, ergonômicos e outros.¹²

Nesse contexto chama-nos a atenção a sistemática incidência de problemas, *queixas* e o modo restrito como elas têm sido respondidas, isto é, por meio de intervenções reduzidas a algumas adequações focadas em abordagens individuais (*tratamento* dos casos) ou em medidas legislativas e de *higienização* dos ambientes de trabalho, almejados como isentos de conflitos ou impondo-se normas de (suposta) neutralização de conflitos.

Esse é o cenário que inclui nossas preocupações com a degradação do trabalho e que motiva desencadear intervenções ampliadas, buscando-se um deslocamento de tais questões para o âmbito do processo de trabalho e abordadas no campo de sua análise coletiva.

Na proposta metodológica de intervenção levamos em conta o desafio de lidar com alguns paradoxos no cenário institucional do Sistema Único de Saúde. Na institucionalidade do SUS e diretrizes de atualização de seus modelos organizativos reafirmam-se princípios democráticos de funcionamento dos serviços, com garantia de mecanismos participativos, integração das práticas e das equipes. Por outro lado, observam-se as limitações da própria instituição na indução da participação ativa e protagonista dos sujeitos e da integração em rede, sendo que a crescente padronização de condutas traz ambigüidades, influenciando na própria fragmentação do trabalho.

Um outro importante paradoxo da prática

institucional no SUS contrapõe, de um lado, as bases legais de vinculação da força de trabalho e seus direitos constitucionais, mas de outro, as limitações que se observam na capacidade institucional de induzir a adequação das formas de contrato, regimes de trabalho, etc, questões que atualmente convivem com as práticas de flexibilização do emprego e da legislação trabalhista, agravadas pela fragilidade ou esfacelamento dos movimentos organizados de trabalhadores e seu baixo poder de negociação. No campo da gestão, nas redes locais de serviços, observam-se múltiplas modalidades de práticas de gestão ou de estilos gerenciais, interferindo diretamente na configuração institucional do trabalho.

Por tudo isso, as estratégias metodológicas que temos experimentado primam por situar essas discussões no âmbito da *gestão*: tanto no sentido de como compreendemos a inserção dos sujeitos no trabalho (considerando que toda atividade de trabalho os mobiliza para diferentes níveis de gestão dos seus próprios fazeres e saberes) e também no sentido da gestão do processo de trabalho como desafio coletivo, como cogestão. Essa *escolha-direção* ético-metodológica traz o desafio de deslocar a discussão de precarização, insatisfação, desgaste e adoecimento para o campo da *análise coletiva* do trabalho.

HUMANIZAÇÃO E SEUS PRINCÍPIOS: ACENANDO COM UM MODO DE ANÁLISE-INTERVENÇÃO NO TRABALHO EM SAÚDE

Desde suas primeiras formulações, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH/Humanizaus) tem tomado como desafio o enfrentamento desses paradoxos

que o cenário institucional do SUS nos apresenta. Instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde⁴, a PNH foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que contribuem para sua legitimação como política pública e tem como balizadores as conquistas nascidas das lutas pela democratização no país, que ganharam estatuto constitucional em 1988 e, também, no processo de redemocratização e resistência que se expressam no âmbito da saúde por meio da Reforma Sanitária.

Na formulação de suas diretrizes ético-políticas a PNH prioriza a construção de um método que considera o paradigma técnico-burocrático de gestão dos processos de trabalho insuficiente frente ao que sempre escapa à potência do que no trabalho é experiência coletiva. Depara-se, nas insistentes fragmentações operadas pelo modo de gerir um *suposto* trabalho estático, estável e controlável, com um trabalho que se move, que se faz coletivamente, que muda ao durar, e que se reinventa pelos encontros que o constituem.¹³ Assim, afasta-se de um entendimento abstrato sobre as trocas humanas e produz inflexão no trato desses paradoxos.

Ao ajudar a efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, a PNH estimula trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, colocando em análise as implicações desses atores com o processo de produção de saúde. Busca afastar-se de um conceito de humano que tem pautado práticas denominadas como humanizadas, mas restritas a ações pontuais nos serviços de saúde que não colocam em análise os processos de trabalho. Propõe, então, um conceito de humanização como “conceito-experiência”¹⁴, que se efetiva no dia-a-dia dos serviços, e considera as formas

humanas, produzidas em meio aos processos de trabalho, como efêmeras e criadoras. Nesse contexto a temática da humanização da saúde está assentada em *outro humanismo*, que é crítico da perspectiva idealizada do *homem bom*. Trata-se da “tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade”¹⁴, operando-se com um conceito de humanismo que não dissocia *gestão* de *cuidado e atenção*, desenvolvendo tecnologias relacionais e de compartilhamento do trabalho, aprimorando e fomentando metodologias de apoio a transformações dos modelos de gestão e de atenção.

O Humanizatus visa, então, atualizar os princípios maiores do SUS por meio da produção de relações sociais de trabalho no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), de forma que as relações estejam pautadas em modos democráticos de gestão institucional. Emerge como estratégia para modificar o quadro de desqualificação e de precarização do trabalho, visando romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas às vezes nomeados como de humanização, mas pautados em uma visão idealizada ou tuteladora do humano. Por conseguinte, remete-se à premissa de *indissociabilidade entre atenção e gestão*, intervindo de modo *transversal*, ou seja, aumentando o grau de abertura da comunicação entre as diferentes instituições e grupos no campo da saúde e, com esse objetivo, vislumbra o desenvolvimento e experimentação de dispositivos de interferência no processo de trabalho, seguindo as diretrizes da *Clínica Ampliada, Acolhimento, Cogestão, Redes de produção de saúde* e outros.^{15,16,17,18,19}

Tais dispositivos são engendrados em

situação, visando à interferência nas *práticas naturalizadas* ou entendidas como tal. Nenhum dispositivo, ao ser atrelado às realidades singulares de trabalho, é proposto ou se dispõe como *igual a outro*, pois comporta diferentes vetores e múltiplos tensionadores, sendo experimentados e avaliados de acordo com valores imanentes que emergem nas situações de trabalho, e não em modos de fazer universais e abstratos de avaliação. Um dispositivo não se sustenta sem essa *torção* do olhar do *universal, eterno e imutável* para a criação de (outros) possíveis, partindo da experiência daqueles que trabalham nos serviços. Esse olhar crítico para o processo perspectiva a ampliação das possibilidades de intervenção nos modos como o trabalho está organizado. Os dispositivos, sustentados por posturas críticas, produzem crise, desestabilizam e nascem nas experiências, compondo com uma metodologia *rigorosa e aberta* de reorganização de processos e resultados, e não engessada em metas descoladas das atividades reais desenvolvidas nos serviços. Constituem uma política que não pode ser confundida com ações pontuais, pois como política pública busca criar, transversal e coletivamente, condições efetivas de modos de gerir-cuidar.

Os dispositivos pretendem reunir os protagonistas para repensar a produção de normas, convocar os sujeitos na sua habilidade de produzir saberes locais, de criarem normas que preencham as lacunas normativas dos protocolos²⁰, pois *viver em saúde é jamais aceitar determinações sem avaliar esse uso*. Viver em saúde é não se tornar puro instrumento de injunções. Seguindo Schwartz²⁰, os dispositivos na PNH visam à confrontação com as normas pré-editadas no trabalho, que

nunca conseguem dar conta do trabalho real. Privilegia-se, por conseguinte, a discussão de temas como processos de trabalho, formação de redes, atenção e cuidado que promovam a ampliação do poder de agir dos diferentes sujeitos e coletivos de trabalhadores do campo da saúde, valorização do trabalho e do trabalhador, protagonismo dos sujeitos e autonomia corresponsável.

O debate sobre os modos de gestão do trabalho em saúde não é novo. O que se coloca como novidade é o modo como tal debate pode-se fazer. A PNH interroga uma racionalidade administrativa hegemônica nos serviços, que concentra e ordena o tempo de forma totalizadora, restringe espaços de inventividade e fortalece mecanismos que controlam, assujeitam, produzem efeitos de docilização e disciplinarização nos corpos. Ao mesmo tempo, indaga a produção de sujeitos infantilizados que se desresponsabilizam dos processos de mudanças no trabalho e de descrença no poder de agir dos trabalhadores. É diante desse quadro que se encontram desafiadas as políticas públicas de saúde. Desafiadas a traçar estratégias metodológicas que produzam interferência nesse estado de coisas.

O Humanizatus é uma política que tem funcionado como importante estratégia para ampliar esse debate, uma vez que, ao não estar pautada em portarias e regulações específicas, vai à contramão de práticas tecnocráticas e toma o processo de trabalho como foco privilegiado de análise-intervenção. Seus dispositivos privilegiam o homem comum, o ser humano na sua existência concreta, na sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos.

Considera esses sujeitos concretos e engajados nas práticas locais como capazes de transformar os processos de trabalho e se transformarem nesse movimento.^{4,14,21,22}

Ao problematizar a gestão dos serviços e dos processos de trabalho, o desafio colocado pela PNH é o de superar os obstáculos enfrentados no próprio processo de construção do SUS. Como “obra aberta”, essa política constrói-se a partir da *inclusão* de experiências no SUS e das inovações da Saúde Coletiva. Portanto, é um permanente processo de invenção das práticas e de nós mesmos e do mundo que se vai criando no e com o trabalho.

Em tal direção aprimora-se a capacidade de compreender e analisar o trabalho, de forma a fazer circular a palavra, criando espaços de debates coletivos. Parte de uma “lógica de serviço” que, segundo Zarifian^{23,24}, contrapõe-se à lógica taylorista-fordista e importa-se com o trabalho como aprendizagem e desenvolvimento de “competências” com a própria experiência. Competência como capacidade de tomar decisões frente às adversidades e variabilidades do meio, enfatizando novos modos de exercitar as relações de trabalho e de geri-lo, na contramão dos processos autoritários e verticalizados de gestão²³.

Nesse contexto, o trabalho é considerado do ponto de vista da *atividade*, ou seja, como conjunto de fenômenos que caracterizam o ser vivo²⁵ que resiste a toda situação de heterodeterminação. A análise do trabalho do ponto de vista da atividade implica considerar a impossibilidade dos humanos executarem de forma automática os procedimentos formulados previamente. Sempre há “usos

de si”²⁶ e não somente execução mecânica de procedimentos. Há de se considerar que valores, saberes e atividades mesclam-se num processo incessante. Viver, para Schwartz²⁶, é produzir valor, é produzir história. Os trabalhadores produzem inúmeros modos de lidar com a variabilidade dos meios de trabalho, que abrangem processos históricos, políticos, econômicos, culturais. A “atividade industriosa” não se presta a nenhuma legibilidade dócil.²⁷ É sempre um ser vivo histórico que constrói o seu meio em função do complexo de valores, que põe à prova normas que antecedem situações concretas de trabalho e que são insuficientes para lidar com o que se coloca a cada experiência. É a incapacidade de fazer o trabalho sempre da mesma maneira que marca os humanos.²⁸ A atividade é potência transgressiva em todas as dimensões da vida.²⁶ Essa dimensão da experiência, ou singularidade das renormatizações, está infiltrada de história, de uma habilidade de lidar com o imprevisto, e implica escolha pertinente de uma ação diante de certa conjunção local, particular e inédita de processos considerados controláveis e programáveis. Trata-se, portanto, da capacidade dos viventes humanos de discernir, em cada situação, o que é mais adequado. Toda experiência é encontro²⁹: confrontação de um ser vivo com as normas, com valores antecedentes, de forma que nas situações concretas renormatizações são sempre gestadas. Tem-se, de um lado, um protocolo que tenta eliminar as singularidades, e, de outro, experiência que recoloca em jogo as próprias normas numa situação de “encontro” com um destino a ser vivido. Essa competência^{23,24} para lidar com o incerto advém do fato da atividade industriosa ter se imbuído dos *saberes enraizados* que sustentam a capacidade de tomar decisões

considerando cada situação. Saberes de um corpo-si construído na história, nos encontros, no seio da experiência e podendo ser reforçado, re-processado, re-trabalhado.

Acompanhando Schwartz²⁹, diríamos que o controle absoluto e a obediência cega às prescrições no trabalho em saúde são algo invivível e impossível. Impossível porque a antecipação exaustiva da atividade não se efetiva jamais. E invivível porque nocivo à saúde. A saúde já é a busca por “redesenhar parcialmente o meio em que se vive, em função de normas elaboradas por sua história.”²⁹ Sendo assim, trabalho não se identifica ou se reduz a gerenciamento administrativo. Não se constrói um contexto para viver com processos de trabalho heterodeterminados e burocratizados. Incitar aqueles que vivem e trabalham a por em palavras um ponto de vista sobre a atividade que desenvolvem, a fim de torná-la comunicável e submetê-la à confrontação de saberes²⁹, é o que se busca a partir dos princípios e dos dispositivos da PNH.

Seguindo essa direção ético-política, o Humanizamus constrói estratégias de intervenção que consideram a gestão do trabalho como potência inventiva do trabalhador, como espaço de problematização dos acontecimentos, como momento de planejar e avaliar as interferências produzidas nos processos de trabalho. A atividade humana está sempre às voltas com o real, ou seja, com o que coloca à prova as ações engendradas e o cotidiano, para aumentar o grau de autonomia e autoria do trabalho. O trabalho em saúde, reafirmamos, é, também, espaço de criação, de produção de sujeitos e de saúde, de autonomia corresponsável e de construção de solidariedade, grupalidade e democracia. Este é o ponto nevrálgico da

PNH como uma política pública: promover a ampliação da capacidade de análise e o poder de agir dos coletivos de trabalhadores como exercício de democratização institucional³⁰ e, conseqüentemente, produção de sujeitos com sua potência inventiva ampliada.

Essa direção *cogestiva* implica numa diversidade de participantes, saberes e olhares colocados lado a lado e não mais uma gestão *top-down*. O trabalhador da saúde é tomado como gestor de seu trabalho, sempre considerando o impacto e os efeitos produzidos na sua convivência diária com o sofrimento e com a morte. A luta por um trabalho digno, que amplie o poder de agir, e não apenas a dor e o sofrimento patogênicos, impõe-se nessa análise.

As experimentações com a PNH indicam que tal exercício não é próprio de uma formação burocrático-institucional, nem se faz por decretos ou portarias. A proposta é a constituição de espaços onde a prática do debate, os momentos de disputas, as negociações e pactuação de jeitos diversos de trabalhar e enfrentar os desafios inerentes à produção de saúde se concretizem. Essa é a aposta. O encontro dos sujeitos e a criação de novos valores, práticas e relações que se efetivem no cotidiano dos estabelecimentos, fazendo-se interferências nos valores instituídos e sacralizados, construindo-se estratégias que coloquem em análise a experiência, *análise de um meio necessariamente in* *sc̄iet̄*

Não se trata de responder a uma meta a ser seguida por meio de “modos individuais e heróicos”, que reduzem o poder de agir dos trabalhadores, adoecendo-os e que, ao longo do tempo, os faz desistir de lutar pela

transformação do que produz sofrimento patogênico. As estratégias engendradas pela PNH perspectivam a formulação e apoio à mobilização dos trabalhadores para produção de saúde em ambiente laboral. É com esse entendimento que busca fomentar, nos atores que constroem a rede, o exercício pleno de suas condições como trabalhadores protagonistas de análises-intervenções compartilhadas, convocando-os no seu potencial criador para disparar novos modos de fazer e gerir o trabalho. O objetivo é superar posturas legalistas e assistencialistas e fomentar a participação dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas, fortalecendo redes.⁵

DOS CONCEITOS QUE SE AGREGAM NA SUSTENTAÇÃO DA ANÁLISE-INTERVENÇÃO

Com base nos referenciais trazidos anteriormente, o processo de instituição e implementação da PNH apóia-se numa direção filosófico-teórico-política que afirma a provisoriedade, a finitude e a imprevisibilidade dos modos de vida-trabalho que se gestam e se produzem nos serviços. Uma direção que considera a indissociabilidade entre modos de existência e trabalho e prima pela desmontagem e transformação de práticas em saúde marcadas pelo desencanto. Trata-se de um compromisso ético-político que se traduz por um compromisso radical com o caráter processual do viver e com os processos inventivos que recusam as condições homogeneizadoras de produção subjetiva.

Entende-se que os modos de vida-trabalho instituídos são contingentes, logo,

transformáveis a partir de uma indagação constante do que está dado e naturalizado em um determinado momento nas práticas em saúde. Assim, destaca-se a impossibilidade de considerar capturas absolutas em formas de ser e produzir realidades, apostando nas vulnerabilidades das instituições, decompondo o que está cronificado, mesmo que de forma provisória. Investe-se, assim, numa ética de apreço à vida em suas infinitas possibilidades de expansão.

A partir desses referenciais, a Política de Humanização utiliza um *método*, um modo de produzir análises e intervenções nos processos de trabalho em saúde^{4,14,21,22,31}, nomeado como de *tríplice inclusão*, por pressupor a inclusão dos sujeitos, dos coletivos organizados e de analisadores sociais. Considera imprescindível a *inclusão de gestores e trabalhadores* em todo o processo de desenvolvimento do trabalho e de sua análise, ampliando sua autonomia, protagonismo e corresponsabilidade com o exercício de planejar-fazer-avaliar. *Inclui*, ainda, os *analisadores sociais*, entendidos, à luz da Análise Institucional francesa^{32,33}, como episódios que produzem rupturas, que catalisam fluxos, que produzem análise, que decompõem as múltiplas relações que compõem o campo de intervenção, ou seja, o território onde são criados os dispositivos. A análise, produzida pelos analisadores, direciona para as virtualidades presentes no campo de intervenção e se define, portanto, por um processo de desnaturalização das instituições, incluindo a própria instituição da análise e as implicações do analista. Os analisadores, portanto, desestabilizam os modos de trabalhar em curso, de forma a potencializar os processos de mudança. Por esse caminho, toma os

conflitos, tanto na esfera local como no âmbito das políticas governamentais, não como o que impede o funcionamento das organizações, mas, ao contrário, como o que pode produzir ruptura no que está cronificado, tornando-se, assim, estratégia para as mudanças que se deseja nas formas de gestão em curso nos serviços.

O método da inclusão considera que *incluir, participar, propicia a criação de uma experiência comum*, o que não significa homogeneizar e, muito menos, dissipar singularidades ou evitar controvérsias, mas sustentar a instabilidade entre o que comunga e o que difere, considerando que a última palavra jamais é dita. Esse espaço comum do heterogêneo a ser instituído é um desafio que se coloca na formulação-experimentação de uma política pública. A efetiva participação de gestores e trabalhadores na análise dos processos de trabalho ocorre quando se colocam lado a lado os sujeitos com seus diferentes saberes, valores e modos de viver, desestabilizando a verticalidade muitas vezes instituída nos serviços. Tal lateralização faz dissolver as separações entre *quem manda e quem obedece*, entre *quem sabe e quem não sabe*, colocando em análise as relações de poder nos estabelecimentos.²¹ Isso se opera a partir de uma *escolha*: romper com o que Deleuze e Guattari³⁴ entendem como hierarquização típica de um “paradigma arborescente”, optando-se por um “paradigma rizomático”, que amplia as possibilidades de conexões institucionais em diferentes direções.

A concepção rizomática de articulação subsidia nossa compreensão de rede na perspectiva de uma política *transversal* no SUS, a se traduzir como ações construídas coletivamente nas diversas práticas e

instâncias de sua efetuação e não como um desenho de justaposição de serviços.⁵

Pensar o trabalho em saúde na direção do Humanizatus equivale a produzir redes – rizomas – por meio das quais sejam ampliados os processos comunicacionais entre diferentes membros dos grupos, entre os diferentes grupos e entre as diferentes instâncias e unidades de saúde, afirmando assim uma dimensão *transversal* do fazer. Essa *comunicação transversal* institui-se por meio de uma dinâmica multivetorializada, na qual se expressam os processos de *produção de saúde e de subjetividade*. Rede que se tece com participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento dos desafios que emergem nos ambientes laborais, como um dispositivo de conversa e negociação na direção da melhoria das condições de vida e saúde.³⁵ Os sujeitos que compõem essa rede são efeito de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: saberes, relações de poder, políticas públicas, dentre outros.

A proposta de um *padrão transversal de comunicação* opõe-se tanto a uma verticalidade dos organogramas de uma estrutura piramidal (chefias, subchefias, etc) quanto a uma horizontalidade das corporações profissionais, produzindo intervenção que desestabiliza os saberes e os modos instituídos de sua estruturação. Não mais se trata de indicar uma lógica *multidisciplinar*, na qual saberes e disciplinas somam-se na tarefa de dar conta de um objeto, desde sempre dado, a partir de diferentes olhares, nem de uma direção *interdisciplinar*, que perfila de forma dualista a constituição das disciplinas e suas articulações.

Tanto a multi quanto a interdisciplinaridade não se constituem em práticas rizomáticas, pois fixam territórios fechados de campos disciplinares, funcionam segundo um modo arborescente de constituição dos saberes, o que pode ser um obstáculo na construção de novos arranjos institucionais quando se persegue a lateralização indispensável à inclusão participativa proposta pelo método da tríplice inclusão.

Quando se pretende uma reversão nos modos de gestão autoritários, que excluem os trabalhadores da concepção do trabalho, urge colocar em questão os limites entre os saberes, recusando as hierarquias organizacionais, definindo uma abertura (um processo de comunicação rizomática) que se caracteriza por um aumento do coeficiente de transversalidade.³⁶

Esse ponto de vista destaca os chamados *aspectos subjetivos* nos processos de trabalho, indicando a inseparabilidade entre trabalhar e subjetivar. Tais aspectos não estão pautados em substancialismos que partem de um indivíduo já constituído, com uma natureza sempre já dada e essencial, incapacitado de *se defasar* em relação a si próprio. Ao contrário, parte de uma concepção de subjetividade comprometida com a invenção de novas possibilidades de existência e de existencialização. O sujeito não seria, aqui, um dado, nem um ponto de partida que teria uma essência imutável e uma identidade estável fixa, mas efeito de um processo no qual emergem sujeito e meio. Os processos de subjetivação, nessa direção conceitual, seriam múltiplos, heterogêneos e heterogênicos. Nos processos de trabalho *os sujeitos inventam*, mesmo que de forma ínfima, criam outros modos de viver, colocando em rede sua sinergia e ativando uma potência de singularização. A PNH entende que são inúmeras as possibilidades de subjetivação

em situação de trabalho em saúde, de forma a não dissociar trabalhar-subjetivar, isso sendo uma condição que garante a simultaneidade das transformações no trabalho e nos sujeitos. As relações de trabalho são uma dimensão fundamental nos processos de subjetivação, o que remete tal discussão à esfera da *cogestão*, arranjo ético-político que potencializa as mudanças na direção que se deseja.

Se assim é, há que se considerar o plano das mutações subjetivas que movimenta as práticas em saúde e afirmar a potência dessas práticas que podem provocar variações naquelas que enfraquecem e tentam silenciar a vida e, assim, recusar o impiedoso desejo de tutela que constituem muitos discursos e práticas nesse campo. Múltiplas formas-subjetividades são produzidas e geridas quando se trabalha; o trabalho nos produz e nos transforma. Ao trilhar esse caminho é possível interrogar os diferentes processos de subjetivação engendrados nos estabelecimentos de saúde (em meio às situações mais favoráveis ou mais precarizadas), vislumbrando a produção de outras *formas-homens/mulheres, trabalhadores/trabalhadoras*, na contramão das estratégias de sobrecodificação implementadas pela lógica do capita.²¹ Várias têm sido as tentativas de administração do trabalho que perseguem a *objetivação do aspecto subjetivo* para *prevê-lo, controlá-lo*. A abordagem crítica que afirma a subjetividade como da ordem da impermanência e da criação constitui um quadro teórico de alcance crítico inquestionável, pois problematiza a idéia de uma natureza humana essencial e atribui à *falha* ou ao *erro* no trabalho outro estatuto: como aspecto constituinte dos processos de subjetivação, marcados pela experimentação.

Formas democráticas de gestão do trabalho podem produzir, por conseguinte, subjetividades que recusam as sobrecondições. Aqui se delineia um conceito de gestão como maneiras de se produzir realidades, de se produzir sujeitos-trabalhadores e serviços, reafirmando-se a indissociabilidade entre processos de subjetivação e modos de gestão. Os modos de gestão que inviabilizam os processos cogestivos-participativos e lateralizados acabam por produzir subjetividades amorfas, “moldadas ao sabor dos interesses do capital”³⁷ e limitadas no seu poder de enfrentamento das estratégias de controle e disciplinarização.

Nesse arcabouço conceitual-metodológico, a PNH afirma, também, que o processo de constituição subjetiva não se faz por um sujeito-trabalhador isolado, uma vez que subjetivação implica processo coletivo. Ao não se supor que o indivíduo seja *um ponto de partida imediato*, mas que se constitui no agir coletivo, na ação conjunta, “na pluralidade de vozes, ou seja, na esfera pública”³⁸, considera-se a força de agir que se intensifica nas produções coletivas. Assim essa teia conceitual toma a noção de *coletivo* como um plano de forças em permanente luta. Não se trata de reduzir o coletivo de trabalhadores a um conjunto de pessoas, como coletivo profissional. Aqui a noção de coletivo não é apreendida como oposição a indivíduo. A realidade é considerada a partir das relações estabelecidas entre *um plano de formas*, de realidades constituídas, de organização da realidade estabilizada e regular e *um plano de forças instituintes*, de movimentos criadores, esta sendo a dimensão potencial de transformação, sua dimensão inventiva. Tais planos não se opõem, mas estão em relação de reciprocidade, viabilizando uma

variedade de trocas.

As políticas de governo, os estabelecimentos de saúde, os trabalhadores, os modos instituídos de gestão, com suas formas aparentemente estabilizadas, são efeitos-resultados desse jogo, dessa composição do plano das formas instituídas com o plano instituinte das forças. Tal entendimento indica o caráter provisório dos modos de funcionamento dos estabelecimentos e seu potencial de transformação. Ora, se as formas são provisórias, efeitos dos modos como as relações se efetivam em situações concretas, fica aberta a possibilidade de mudança da gestão que se faz de forma vertical, indicando-se uma possibilidade de democracia institucional.

As formas instituídas de serviços e de trabalhadores, que são tomadas como óbvias e naturais, nascem desse movimento incessante de forças criadoras inerentes ao processo vital, que é o coletivo de forças. O ponto de partida não é mais uma concepção fixa e pré-estabelecida de realidade e sim o movimento contínuo de criação de sujeitos e mundos. No âmbito das estratégias de intervenção da PNH, ressalta-se a potência de transformação das realidades instituídas, o que torna os seres sempre inacabados e em permanente processo de constituição de outros contornos. Vislumbram-se sempre novas configurações, que surgem a partir de novos estados críticos gerados na comunicação entre as duas dimensões. É no concreto de práticas e de relações cotidianas de trabalho que essa possibilidade se efetiva. Tem-se aqui não mais o olhar analítico voltado exclusivamente ao plano das realidades constituídas, pois essa direção de análise revela sua insuficiência ao considerar apenas parte da organização do trabalho. Acessar, aticar a

dimensão movente da realidade dos serviços de saúde é provocar a ampliação do olhar, tirar os antolhos com os quais habitualmente olhamos o mundo, ampliando o grau de transversalidade, fazendo uma aposta radical na possibilidade de transformação do que está dado. Esse plano das forças com sua dimensão movente pode interferir nas condições de gênese das realidades instituídas e, então, fazer derivar outras formas de trabalhar ainda não atualizadas. Trata-se da afirmação na capacidade dos viventes de hesitar, de recusar automatismos, variar respostas antevistas pelas prescrições.

Esse padrão de comunicação transversalizado deixa vazar outros processos de invenção no trabalho, deslocando os trabalhadores para o lugar de analistas de sua atividade, o que, certamente, produzirá uma desestabilização nas formas autoritárias de organização nas unidades de saúde.

Seguindo esses princípios, constituintes de uma postura ético-política, o Humanizaus propõe análise de demanda, análise situacional dos serviços, trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, rodas inclusivas e lateralizadas de debate, planejamento, monitoramento e avaliação coletiva das ações. Tal postura exige atenção ao presente, ao cotidiano, ao que pode parecer, à primeira vista, banal, sem importância. Assim se podem produzir modos de gestão do trabalho a partir de analisadores sociais que desestabilizam as formas instituídas, realizando, nesse movimento, análise-intervenção. Propõe partir dessa dimensão experiencial ontológica, entendida como coemergência de si e de mundos, pois a atividade de um trabalhador não se determina pela informação supostamente

captada por ele no ambiente de trabalho, uma vez que sua atividade condiciona, inclusive, o que ele é capaz de perceber. É essa dimensão da experiência que interessa ao Humanizaus.

APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A PNH propõe a estratégia de *apoio institucional*^{30,39}, a partir da análise institucional francesa, utilizando esse recurso para ajudar as equipes a por o trabalho em análise, buscando fazer junto e não fazer por ou para o outro. É uma estratégia-intervenção para promover mudanças no SUS, sendo um caminho de exploração dos *sentidos* que o trabalho ocupa na vida dos sujeitos/trabalhadores. Nesse caminho tornam-se indissociáveis as discussões que expressam seus modos de operar, de produzir e de exercer a gestão, fortalecendo os coletivos nos modos de pensar sua inserção no trabalho, qualificando sua capacidade de análise e intervenção.²¹

A função *apoio* põe em ato os princípios e diretrizes da PNH, isto é, operando-se na ótica da transversalidade, da cogestão, do protagonismo e da tríplice inclusão. Por isso é essencial, como *modo de fazer*, no caminho metodológico de análise do trabalho, gerando condições concretas para tratar (*incluir*) os arranjos de trabalho, as situações-problemas, as diferenças e os conflitos como *analisadores* de uma dada realidade, movimento de inclusão que induz a ampliação da capacidade de reflexão dos coletivos, que possibilita ressignificar a compreensão do serviço e de suas bases organizativas.⁴⁰ É necessário enfatizar a concepção de *apoio-intervenção* no desafio de efetivar-se ou potencializar-se como discussão

coletiva das práticas, dos graus de implicação, dos fluxos de saberes, poderes, ações e incorporando a perspectiva do *trabalho como atividade*, marco conceitual que possibilita o entendimento da relação entre o que é trabalho prescrito e trabalho real, sempre permeado por normas e renormatizações. E entendendo o trabalho como *relação de serviço*^{23,24}, referencial que desloca o dimensionamento do valor do trabalho para o âmbito de sua capacidade de produzir transformações na vida dos sujeitos – no que tange à prestação de serviços para o destinatário-fim (usuários), mudanças consideradas válidas e positivas ou úteis por ele, no que tange à organização do trabalho, mudanças que se referem aos trabalhadores como sujeitos que também se transformam no/com o trabalho. Ao se valorizar essas dimensões na atividade de apoio, não somente desvelam-se as estratégias que os trabalhadores põem em funcionamento para *dar conta do trabalho*, mas também abrem-se caminhos para (novas) regulações, ajustes coletivos, pactuações e corresponsabilização com o que *faça sentido* e seja possível para aquela realidade concreta.⁴⁰

Nesse campo um dos objetivos essenciais do apoio é a criação de grupalidade, a construção e fortalecimento de redes de coletivos. Ao se expressar num determinado *modo de fazer*, institui-se cuidando com o tipo de relação a ser instaurada nos espaços de trabalho, indicando a dinâmica a se estabelecer entre o apoiador e a equipe apoiada, dinâmica que se sustenta em um tipo de postura: nem passividade ou omissão (dos apoiadores), nem ações à revelia dos grupos ou elaboração de normas, planos ou protocolos para as equipes. Trata-se de um apoio à construção de cogestão, destinando-

se a afirmar e a atizar a produção de coletivos organizados. Em síntese, a função do apoiador é a de contribuir para a gestão e organização de processos de trabalho, construção de espaços coletivos onde os grupos analisam, definem tarefas e elaboram projetos de intervenção.²¹ Tal função se opera com o aporte dos referenciais conceituais articulados em torno da Política de Humanização, em seus pilares ético-político-estéticos, cuja direção metodológica pode aqui ser retomada e enfatizada nos recortes que se seguem.

O APOIO E A INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO

Pelo princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão⁴, a PNH propõe discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o *acesso e a qualidade dos serviços*, entendidos como indissociáveis dos *modos como esses são geridos*. O objetivo da PNH não se reduz, portanto, a uma reafirmação genérica da necessidade de garantia de acesso e qualidade da atenção, sob o risco de se partir de concepções, prescrições e determinações externas aos serviços, desconsiderando os modos concretos de organização e condições de trabalho.²¹ Cuidando com essa dimensão, traz como objetivo ajudar os coletivos na sua análise e articulação de arranjos, pactos e ações concretas, capazes de viabilizar mudanças na gestão, indispensáveis para que haja também mudanças nos modos de atenção. Esse caminho opõe-se e diferencia-se de estratégias baseadas na prescrição de regras para implantação de dispositivos; ao contrário, afirma-se na prática a estratégia participativa, que permite aos coletivos produzirem sentidos, fazerem e sustentarem conexões no processo de trabalho.

Algumas intervenções de interesse atual na reorganização das práticas sanitárias ilustram os desafios que trazemos. Citamos os dispositivos propostos para priorizar o atendimento dos usuários com base em necessidades, gravidade da queixa ou quadro clínico e adequação dos procedimentos/respostas. O *Acolhimento com Classificação de Riscos* é um desses dispositivos, em torno do qual problematizamos: o interesse institucional, o projeto, as metas e, às vezes, até os *decretos* pelos quais se propõe implantar esse dispositivo nos serviços, parece pressupor uma organização natural da equipe para melhorar a atenção ao usuário, como se isso fosse intrínseco à proposta. Defendemos que sem se dedicar atenção e estratégias para efetivar essa reorganização (âmbito de processo de trabalho) o dispositivo se transforma em um *mero instrumento* a ser implantado, perdendo sua potência de transformação das práticas, portanto, não se constituindo como tal. Assim temos observado que não é possível pensar o serviço fora da rede em que ele se efetua (e com suas limitações), isolado das demais práticas de produção de saúde e como independente dos que nele trabalham (com seus históricos de formação, de experiências, de saber-fazer, de interesses, etc). Nesse caso, o apoio-intervenção opera ajudando os coletivos locais a se fortalecerem para protagonizar essas discussões e articular os componentes do processo de trabalho (arranjos, pactos, ações, instrumentos, etc).

O APOIO E A INDISSOCIABILIDADE ENTRE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Aqui a indissociabilidade deve ser perseguida na perspectiva de *um* trabalho em saúde que se deseja ampliado e articulado em

uma tríplice direção: produção de serviços, produção-sustentação da organização e produção de sujeitos.^{39,41} Parte-se, também, da indissociabilidade entre plano político e plano subjetivo e considera-se a produção de conhecimento como produção de subjetividade, rompendo, assim, com certa racionalidade científica pautada no pressuposto de um sujeito epistêmico universal.

Ao buscar operacionalizar os princípios de cogestão e de tríplice inclusão, com ênfase nos analisadores sociais, a PNH propõe a entrada no terreno de trabalho não com a *promessa de soluções* e nem tratando de lidar com problemas em uma visão fatalista, como se condicionados e imutáveis em um dado ambiente que os determinam. Também não propõe cumplicidade com a usual percepção de alguns atores de que os problemas se devem a uma culpa exclusiva do outro, numa postura de culpabilização e vitimização. A proposta de colocar o trabalho em análise é justamente a de provocar *efeitos nos grupos*, perseguindo a alteração de posicionamentos e atitudes diante dos fatos. Portanto, as mudanças que se desejam efetuar são tratadas no e a partir dos processos de gestão em curso. Nesse eixo metodológico, consideramos a adversidade e a própria posição dos sujeitos-trabalhadores como um *analisador* da gestão, que questiona o que está instituído e aponta para seu processo de constituição, sempre histórico. Considerar os analisadores implica suportar o estranhamento causado pela perda dos contornos e territórios definidos e abrir-se para novas combinações de forças que podem se articular de forma a nos tirar do plano do conhecido, plano das formas instituídas. Afirma a mutabilidade, vai à direção oposta às ficções de verdade que buscam o

chão firme contra a instabilidade. Na esteira dessas questões, a função apoio vislumbra artes da existência perseguindo o que favorece o processo criador dos humanos, potencializando modos mais solidários de convivência nos serviços, afirmando a multiplicidade de forças instituintes que constituem a realidade, destacando os diferentes modos de ser sujeitos. Uma ética que luta contra o desejo de servidão e de formas opressivas de trabalhar-viver.

Esse é o desafio que se julga necessário ser incluído como *matéria de intervenção*, não se almejando a neutralização da adversidade do trabalho e os conflitos aí presentes, mas, sim, tomando-os como ponto de partida e buscando transformações que alterem posicionamentos, que produzam outras formas de subjetividade e outros modos de subjetivação. A produção de saúde não está desarticulada da produção de sujeitos, premissa que dá especificidade ao método do apoio institucional da PNH.

O APOIO E SEU POTENCIAL DE SUBSIDIAR A ARTICULAÇÃO DOS INTERESSES DE TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS

Se afirmamos a compreensão desses cenários de adversidade e conflitos não como inviabilizadores das lutas sociais no trabalho, mas como o próprio campo de luta e ponto de partida para a análise-intervenção, reforça-se a exigência de diálogo entre as partes que compõem o trabalho em saúde, no sentido da explicitação de seus interesses. Mas, mais do que isso, ao se tomar como alvo os *sujeitos trabalhadores* e sua inseparabilidade do *contexto do processo de trabalho*, é necessário tratar essa estreita relação na esfera da *organização instituída*, em sua

ética de organização e gerenciamento. Essa demarcação vem no sentido de fazer dialogar as dimensões e elementos que emergem como instituintes na análise do trabalho e as modalidades (instituídas) de trabalho/gestão no seio da organização. E nesse diálogo, propõem-se eixos interrogativos, investigativos e propositivos sobre a capacidade de quebra ou enfraquecimento da força da institucionalização, em direção a transformações no trabalho.⁴⁰ Em outros termos, é preciso aprofundar análise que interroge sobre a potência dos sujeitos, como produtos e produtores do sistema, de produzirem mais (ou menos) capacidade de mobilização para mudanças, considerando o contexto de relações institucionais em seus múltiplos interesses. Ilustramos essa discussão com a seguinte situação observada nos serviços. Na *ponta* (como os trabalhadores referem-se aos serviços concretos onde atuam), o processo de produção em saúde, como campo de interação (e de conflitos) entre interesses dos seus atores diretos (usuários, trabalhadores e gestores), é vivido em suas máximas contradições e desafios. Nesse terreno, manifesta-se a dubiedade, sobretudo dos atores na função gerencial local, em razão de precisarem interiorizar e prescrever o que está previsto pelo Sistema e ao mesmo tempo de lidar com as demandas de quem põe o Sistema em prática (os trabalhadores) e de quem o *consome* (usuários): de um lado, os valores e regras do Sistema, de outro, a pressão das demandas dos usuários (muitas vezes em direções contrárias ao que o Sistema propõe e oferece) e de outro as precárias condições de trabalho e de provisão dos meios para se fazer realizar o trabalho e as metas, isto é, garantia da produção, que é o próprio objeto da gestão. E nessa contradição emergem

(podem emergir) as limitações no campo da articulação das necessidades e interesses e também as potencialidades para a produção coletiva de tal articulação, aí incluindo-se os componentes físicos, políticos, cognitivos e afetivos, articulação que caracteriza a gestão. Na verdade, assim se vivencia e se explicita a complexidade da gestão atual em saúde (no sentido do exercício dessa função no nível local e na ótica do processo de trabalho), especialmente na difícil tarefa de produzir outros modos de interlocução e de alteração das relações de (des)confiança, advinda, em muito, pelo (des)equilíbrio entre interesses dos sujeitos da produção em saúde, (des)equilíbrio que passa pelas *distâncias* entre as metas definidas, a provisão de meios para torná-las viáveis, os resultados alcançados e as recompensas esperadas.⁴⁰

Nessa direção e nesse *diálogo institucional*, há que fortalecer a discussão em torno dos movimentos dos atores acerca do desenho organizativo-gerencial, identificando as potencialidades dos posicionamentos e movimentos na coconstrução de uma nova ética de organização do trabalho.

As avaliações que abordam satisfação no trabalho, como as citadas na introdução deste artigo⁷, acenam com a estreita relação entre grau de satisfação e o campo da gestão. Entretanto, a abordagem institucional desta relação comumente é realizada de modo *simplificado*, tanto a *satisfação/motivação* quanto o *trabalho* sendo colocados em planos idealizados, descolados do exercício cotidiano (que produz/reinventa o próprio trabalho e leva a modificar a percepção sobre ele). Vê-se a motivação sendo associada a uma expectativa institucional de *comprometimento geral* (abstrato e idealizado)

dos trabalhadores, de introjeção dos ideais institucionais e de estímulo para se ser eficiente e otimizar o desempenho. Ou, além disso, pretendendo-se motivação (e satisfação) como uma convicção institucional de que isso é importante porque pode neutralizar ou amenizar os problemas do funcionamento da organização do trabalho.⁴⁰ Assim a satisfação é dissociada da realidade, valores e interesses dos trabalhadores, não tomando como base as necessidades desses sujeitos (muito menos considerando a heterogeneidade e singularidade das necessidades sociais e subjetivas de todos os atores envolvidos).

Como indicamos, propomos a exploração dessas dimensões avaliando-se o *contexto de organização do trabalho*, incluindo o *contexto de produção dos produtos esperados*, mas também dos *processos* e das *subjetividades*.

O APOIO E SEU POTENCIAL DE INDUZIR UMA (OUTRA) CULTURA AVALIATIVA NO TRABALHO EM SAÚDE

Ao se problematizar as dimensões que dizem sobre a *mobilidade institucional* em direção a mudanças no seu modo tradicional de funcionamento, há que se colocar em relevo os elementos que estejam indicando tal mobilidade e destacando-se (e induzindo) pistas para novos olhares avaliativos sobre o trabalho em saúde. Um dos eixos avaliativos a serem perseguidos refere-se à construção participativa de critérios de avaliação do trabalho e desempenho, com oportunidades para que os trabalhadores dediquem-se nessas avaliações e superando o enfoque centrado em produtividade, assim ampliando o olhar para os diferentes âmbitos de processos e efeitos do

trabalho.

Entendemos que os processos de avaliação no Sistema Único de Saúde devem ser conduzidos de modo participativo, isto é, devem incluir pontos de vista dos diferentes atores envolvidos naquilo que se pretende avaliar. Entretanto, o que garante que a participação coletiva se faça por meio de um real protagonismo não é apenas o acesso dos diversos atores, mas sim o *modo* como a avaliação é conduzida. Apostar em uma gestão comum dos processos avaliativos impõe que consideremos não apenas *quem* é incluído no processo avaliativo, mas também o *modo*, o *como* é feita a avaliação. Novamente ressalta-se a importância do *modo de fazer*, aqui enfatizado em uma direção ético-metodológica do avaliar. Tradicionalmente a fragmentação do processo de trabalho faz da avaliação uma dimensão à parte, geralmente voltada para a execução de um trabalho usando valores que fizeram parte do planejamento e do processo de decisão do qual o trabalhador avaliado não participou. Apostar no *método da inclusão* utilizado na PNH, como *modo de fazer a avaliação*, significa comprometer-se em colocar em análise os modos de trabalhar em saúde, modos que têm sido praticados com intensa separação entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre quem planeja e quem executa, entre trabalhador e gestor, entre trabalhador/gestor e usuário, entre avaliador e avaliado.⁴² É importante destacar que a premissa de inclusão dos diferentes atores no processo avaliativo não se confunde com a idéia de que todos estariam supostamente *juntos* e seriam *iguais*. Não se trata disso. Trata-se de um modo de fazer avaliação em que as diferenças são consideradas, *incluídas*, permitindo reposicionamentos de cada ator

incluído. A aposta é em um *modo de fazer* através da transversalização nos processos avaliativos, aqui retomando-se o conceito de transversalidade como aumento do grau comunicacional intra e intergrupos.⁴³ Nesse movimento, incluem-se os diferentes sujeitos e diferentes situações, e busca-se a composição de um plano comum no qual as heterogeneidades são valorizadas, postas lado a lado, gerando uma tensão problematizadora e garantindo a diferenciação do sistema em avaliação.

Outro eixo avaliativo de interesse nesse desafio é o uso de indicadores na função de *analísadores*, permitindo *ver* o trabalho e os efeitos dele, trazendo à tona o que o trabalho está sendo capaz de produzir *nas* e *com as* pessoas e instigando a ampliação sobre *o que captar* e quanto ao *modo de dimensionar*. Isso define a direção política e metodológica do *agir avaliativo corresponsável* e que *inclui* o outro não para *participar como informante*, mas como sujeito ativo da construção de todos os componentes do *modelo avaliativo*. E isso traz em si a promoção de aprendizado em torno de uma forma de avaliar, aferir e perceber o próprio trabalho. Avaliação exercitada escapando de uma postura prescritiva e fiscalizatória, aprendendo a envolver o outro como parceiro e não na ótica de seu controle e subordinação. E, ao mesmo tempo, como afirma Santos Filho⁴⁴, como processo pedagógico, emancipatório e corresponsável, provocando “os coletivos a se capacitar, levantar, construir, inventar e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços.”

De outro lado, há que se promover a ampliação do olhar avaliativo de forma a incorporar as próprias estratégias e objetivos da PNH no escopo da avaliação, assim atentando

para observar a sua capacidade efetiva de se instituir como método e perspectivas de efeitos. É desde essa referência que Santos Filho⁴⁵ aponta para o desafio de avaliar não somente se um determinado dispositivo está implementado ou não (numa certa lógica binária de aferição de resultados), mas, sobretudo, levantar aspectos indicativos de “como um dispositivo está operando”, buscando aí as diferentes dimensões de transformações na produção de serviços (“inovados”).

Ao se ampliar o leque de desafios, aqui manifestamos nosso alerta: as propostas da PNH são, simultaneamente, um desafio de implementação (ou de experimentação) e de avaliação, carecendo de serem postas em análise. Nesses âmbitos, requer uma direção de avaliação produtora de indicadores representativos das transformações almejadas ou do que se quer ver modificado; indicadores da capacidade da intervenção gerar efeitos em diferentes e indissociáveis sentidos, como mudanças nos processos e efeitos nos grupos, nas pessoas e relações. Uma dimensão de nossa tarefa é a construção do espaço de análise, de por em análise o trabalho, tratando de tomar o plano de produção dos serviços e dos sujeitos como plano estratégico, uma vez que se busca intervir-transformar e acompanhar um processo e não, apenas, representar uma dada realidade. Associada a essa dimensão, nossa tarefa coincide com uma aposta: a de entender que, “numa dinâmica transversal, avaliar é explorar e desestabilizar os objetos instituídos e identificados a um campo delimitado, para liberar, explicitar e potencializar as forças instituintes que estejam interferindo vivamente naquela realidade e que podem engendrar novas realidades.”⁴²

CONCLUINDO...

O desafio constante do processo de apoio é o de criar estratégias para a reafirmação e ampliação do exercício da descentralização e da autonomia nos estabelecimentos de saúde, fomentando condições para a construção e sustentação de um modo de funcionamento pautado no dialogismo, visando à transformação radical nas práticas. Partimos da compreensão de que uma política de humanização é feita como ação transversal, em meio às diferentes políticas de gestão e de produção do cuidado, uma transformação que ative a produção de coletivos. Desse modo, é vital procurar produzir coletivamente uma especial atenção aos modos como cuidamos e ao que pretendemos cuidar e, principalmente, que tipo de vida potencializamos ao cuidar. Interessa-nos uma transformação das práticas do cuidado que seja capaz de avaliar as alianças ético-políticas que temos feito.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Pierantoni CR. As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2001;6(2):341-60.
3. Penteadó EVBF (1998) Trabalho complexo e degradado: a realidade de uma unidade de terapia intensiva de um hospital público no Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENESEP1998_ART011.pdf> acessado em: 15

de outubro de 2011.

4. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

5. Santos Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí; 2007.

6. Assunção AA, Brito J. (orgs.). Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

7. Assunção AA, Tavares IR, Serra PJ. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? Brasília/Belo Horizonte: MS/UFMG; 2012.

8. Lima Júnior J, Alchieri JC, Maia EMC. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Rev Esc Enferm USP 2009;43(3):670-676.

9. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY EE, ONOCKO R. (Org.), Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

11. Marx K. O capital: crítica da economia política (Livro 1, Volume 1). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil AS; 1988.

12. Santos Filho SB, Barros, MEB, Gomes RS. O trabalho em saúde: alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. Relatório de pesquisa do Projeto Ambientes de Trabalho/UFMG/FM/DMPs/Ministério da Saúde. Brasília/Belo Horizonte: MS/UFMG; 2012.

13. Barros, MEB, Benevides de Barros RB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos Filho SB, Barros MEB. (orgs). Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

14. Benevides de Barros R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunicação Saúde Educação 2005a;9:389-394,.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e redes de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009d.

20. Schwartz Y. Reflexão em torno de um

exemplo de trabalho operário. In: Schwartz Y, Durrive L. (Orgs.). Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff; 2007.

21. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação 2009;13:603-613.

22. Benevides de Barros R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005b;10(3):561-71.

23. zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS. (Org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001a.

24. Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS. (Org.). Relação de Serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001b.

25. Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

26. Schwartz Y. *Le Paradigme Ergologique ou um Métier de Philosophe*. Toulouse: Editions Octarès; 2000.

27. Wisner A. Inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Ed. Fundacentro; 1994.

28. Muniz HP, Athayde MRC, Neves MYR. A atividade dos operários da construção civil face ao acidente de trabalho. In: Athayde M,

Araújo A, Alberto MFP. Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP & A; 2004.

29. Schwartz Y. Manifesto ergológico em Clínicas do Trabalho: Novas perspectivas para compreender o trabalho na atualidade. Org. Pedro Bendassoli e Lis A. Sobol. SP: Ed Atlas, 2010

30. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2006.

31. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. Saúde e Debate. 2010;34:423-32.

32. Lourau R. Análise Institucional e Práticas em Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

33. Rodrigues HBC, Souza VLB. A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo. In: Kamkhagi VR, Saidon, O. (Orgs.). Análise Institucional no Brasil. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1987.

34. Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

35. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003.

36. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1985.

37. Neves CEAB. Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. Revista Saúde e Loucura. 1997;6: 75-98.

38. Virno P. Multidão e Princípio de Individuação. Disponível em: <<http://www.sindominio.net/arkitzean/multitudes/virnomultitud.html>> Acesso em: 4 fev. 2002.

39. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

40. Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e da relação de serviço. Tempus: Actas de Saúde Coletiva. 2011;5:45-54.

41. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

42. Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalves L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes: Campinas: Ed.Unicamp; 2011.

43. Guattari F. Revolução Molecular. São Paulo: Brasiliense; 1981.

44. Santos Filho SB. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

45. Santos Filho SB. Perspectivas da

Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(4):999-1010.

Artigo apresentado em 04/03/2012

Artigo aprovado em 30/03/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012