

Élida Azevedo Hennington

Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia

Management of work processes and humanization in health care: an ergological perspective

RESUMO

A Política Nacional de Humanização preconiza a transversalidade na construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando o protagonismo e a co-responsabilidade de sujeitos e coletivos. Dentro desse contexto, o artigo apresenta reflexão sobre a gestão dos processos de trabalho em saúde, tendo como foco os trabalhadores e as contribuições da ergologia para repensar a produção de conhecimento sobre o trabalho. Utilizou-se como referencial a abordagem ergológica de Schwartz e seu dispositivo dinâmico de três pólos, formado pelas disciplinas constituídas pelos protagonistas – os trabalhadores, e pelas exigências epistemológicas e éticas. Um dos pontos críticos da humanização no âmbito do Sistema Único de Saúde foi o pouco estímulo à inclusão e valorização dos trabalhadores da saúde.

DESCRITORES: Humanização da Assistência. Recursos Humanos em Saúde, organização & administração. Gestão em Saúde. Sistema Único de Saúde. Trabalho.

ABSTRACT

The National Humanization Policy recommends that cooperative, interdependent networks that are committed to producing health be established horizontally, encouraging the protagonism of subjects and collectives and their co-responsibility. The present study addresses management of health care processes focusing on health care workers and the contributions of ergology to rethink work-related knowledge production. The study was based on Schwartz's ergological approach and its "three-poled dynamic apparatus" comprising established disciplines, their protagonists – workers – and epistemological and ethical requirements. It was crucial to the Brazilian National Health System humanization to promote inclusion and appreciation of health workers.

DESCRIPTORS: Humanization of Assistance. Health Manpower, organization & administration. Health Management. Single Health System. Work.

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.
Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Correspondência | Correspondence:

Élida Azevedo Hennington
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4365 Manguinhos
21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: elida.hennington@ipecc.fiocruz.br

Recebido: 13/6/2007
Aprovado: 31/10/2007

INTRODUÇÃO

A globalização ocasionou efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países, tornando a gestão de recursos humanos (RH) um desafio mundial na atualidade. Muitos desses efeitos são reflexos do enxugamento do Estado e conseqüente corte em programas sociais e de saúde, entre eles citam-se: redução ou manutenção do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de demandas; deterioração das condições de trabalho e precarização do mercado; redefinição do papel do Estado, atuando mais como regulador; e aumento da participação do setor privado na oferta de serviços. Deste modo, a força de trabalho é considerada nos dias atuais um componente fundamental na gestão em saúde, exigindo mudanças no processo de desenvolvimento de RH. Tais mudanças incluem a modernização de sua abordagem e a superação dos modelos tradicionais da administração, posicionamento proativo de gestores e administradores, e comprometimento dos profissionais e diferentes setores em todas as fases de implementação das políticas de saúde.^{4,9,a,b}

O estudo da força de trabalho em saúde ganhou destaque uma vez que a relação direta entre gestão de RH e efetividade dos sistemas de saúde tornou-se cada vez mais evidente. Todavia, apesar do papel fundamental desta força de trabalho, ainda muito pouco é conhecido sobre sua composição, treinamento e desempenho.⁴

No Brasil, apesar de significativos avanços desde a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, ainda persistem problemas em sua consolidação em termos de equidade de acesso, qualidade de ações e serviços, utilização adequada de recursos e sustentabilidade. Considera-se que a melhoria do modelo de atenção requer mudanças do modelo de gestão, de modo que os sujeitos envolvidos – gestores, trabalhadores da saúde e usuários – assumam papéis de relevância, potencializando o estabelecimento de práticas humanizadas bem como a eficiência e efetividade do sistema de saúde. Dentre os entraves mais importantes nesse processo, estão os modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde.

A Política Nacional de Humanização^{c,d} (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, pretende ter caráter

transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde. A humanização é entendida como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial dessa política reside também na preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, proporcionando condições adequadas para a execução das atividades laborativas e para que os que cuidam possam ter suas necessidades satisfeitas.

Entende-se que por suas características peculiares, o trabalho em saúde pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido, como estranhado^e e produtor de sofrimento e desgaste. Conforme afirmam Rigoli & Dussault¹³ (2003), os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários, mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando na construção das políticas. Muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde. Repensar a gestão e os processos de trabalho e a tarefa de produzir saúde traz como conseqüência o maior entendimento desse elo vital na construção de uma rede de atenção humanizada e solidária.

O presente ensaio apresenta uma reflexão sobre o trabalho em saúde, buscando confrontar o pensamento do filósofo francês Schwartz¹⁵ e a temática da gestão dos processos de trabalho no contexto da política de humanização. Os aportes teórico-filosóficos do autor são articulados com os pressupostos da PNH, tendo como foco os sujeitos-trabalhadores da saúde e seu papel na implementação de práticas humanizadas no âmbito do SUS.

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UMA POLÍTICA, ALGUNS CONCEITOS

Está em curso no Brasil a instituição da PNH, cujo principal antecedente é a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar^f proposta pelo governo federal em 2001. Conforme já mencionado, a PNH possui escopo ampliado e pretende reorientar as práticas em saúde em todo o País numa perspectiva de transversalidade. A partir da democratização das relações de

^a Nogueira RP, Paranaçuá de Santana J. Gestão de recursos humanos e reforma do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. Anecy/ França;2000 [acesso em 10/05/07]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>

^b Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud e desarrollo de recursos humanos. Madrid; 2003 [acesso em 14/05/07]. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/human_resources_sp.pdf

^c Ministério da Saúde. Agência de Notícias Humanização. Brasília; 2007 [acesso em 20/05/07]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390

^d Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL.pdf (Série B. Textos Básicos de Saúde)

^e Antunes R. Trabalho e estranhamento. Apêndice In: Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995. p.121-134.

^f Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> (Série C: Programas, Projetos e Relatórios, 20).

trabalho e da valorização dos trabalhadores da saúde, a PNH preconiza a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando o protagonismo e autonomia de sujeitos e coletivos e sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção. A co-gestão e o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos são os norteadores da construção da PNH como política pública.^{5,b,c}

O projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde. Dentre eles, destacam-se: vínculo frágil trabalhadores-usuários e controle social incipiente, precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve. A melhoria da qualidade da assistência e consequente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde. Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.^{5,b,c}

Deslandes⁸ (2004) afirma que para humanizar a assistência é preciso humanizar sua produção. De modo geral, o investimento na qualificação dos trabalhadores por parte das instituições é baixo, em particular no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe. Isso reduz as condições de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde. Há pouco estímulo à inclusão e à valorização desses profissionais, assim como o desrespeito aos seus direitos, saber e necessidades individuais e de trabalho. Outro aspecto fundamental refere-se às condições estruturais de trabalho refletidas na figura de um trabalhador quase sempre mal remunerado, algumas vezes pouco incentivado e sujeito a carga considerável de trabalho, dificultando a instauração de políticas humanizadoras.^{8,10}

Durante muito tempo a humanização no âmbito da saúde foi concebida de forma restrita e orientada principalmente para a relação trabalhador-usuário e o cumprimento de preceitos éticos. Com o advento da política de humanização houve uma inflexão do discurso e das práticas, bem como o surgimento de novos atores e propostas no campo. As diversas tendências do

processo de humanização e satisfação do usuário, seus diferentes aspectos discursivos e seu caráter político são enfatizados por Puccini & Cecílio¹² (2004):

Para todos os que têm difundido proposições humanizadoras, há uma intenção de debater e influenciar os rumos desse movimento, disputando a direção das transformações na área da saúde. Assim esse movimento humanizador tende a ganhar musculatura, exercitado pela crise real do estranhamento do homem diante de seu mundo que, em suas linhas gerais e pouco precisas, ele denuncia. Seus diferentes proponentes estão construindo esse movimento, são parte dele e nele disputam suas concepções de mundo. (Puccini & Cecílio,¹² 2004:1350)

Benevides & Passos⁶ (2005) referem que a humanização enquanto conceito impreciso e frágil no campo da saúde transita ainda hoje num espaço de sentidos, relacionados muitas vezes ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo a tecnicismo, baseado na racionalidade administrativa e na qualidade total. No entanto, fugindo da idealização do humano, esses autores propõem uma conceitualização que seja expressão do concreto, da diversidade humana e das transformações resultantes de movimentos coletivos. A humanização exigiria um reposicionamento dos sujeitos e mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de praticar e produzir saúde, mantendo-se a constante preocupação de evitar a dissociação entre o cuidado e a gestão do cuidado.

Assim, redefinindo o conceito tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (Benevides & Passos,⁶ 2005:391).

Na concepção de Ayres, a humanização da atenção à saúde relaciona-se a “projeto de felicidade”, definido como um compromisso das tecnociências da saúde com valores democraticamente validados como bem comum.^{1,2} A noção de saúde como “projeto de felicidade” resulta numa construção de “caráter contrafático”. Ou seja, a felicidade seria tudo aquilo que se coloca como valor para a vida humana a partir do momento e na exata medida que suas idéias e práticas são obstaculizadas. A felicidade é vista não como um bem concreto,

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília; 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf> [Série C: Programas, Projetos e Relatórios, 20].

^b Ministério da Saúde. Agência de Notícias Humanização. Brasília; 2007 [acesso em 20/05/07]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390

^c Ministério da Saúde. HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/imprensa/folheto/04_0923_FL.pdf (Série B. Textos Básicos de Saúde)

uma entidade ou utopia, mas percebida pela sua falta. Assim, projetos de felicidade serão acessíveis apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à experiência dos indivíduos e comunidades; são algo além dos problemas tecnocientíficos expressos pela noção de risco ou por alterações orgânicas, anátomofuncionais ou morfológicas. Dessa forma, a humanização em saúde como busca de felicidade tem que transitar numa perspectiva de conquista, num horizonte de movimento, de um devir pessoal mas também social e politicamente compartilhado.^{2,3}

Com essa definição, Ayres¹ pretende evitar fundamentalismos, como querer determinar o que é felicidade de modo objetivo e universalista, fugindo de um idealismo abstrato em demasia, descolado das experiências vividas. Ayres argumenta ainda que a problemática da humanização não se limita ao plano das relações médico-paciente ou trabalhador-usuário, e nem se restringe a rearranjos técnicos ou organizacionais das instituições de saúde, embora dependa deles; “Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a ‘polis’” (Ayres,² 2005:552).

De outro modo, Teixeira²⁴ resgata os sentidos da humanização na atenção primária à saúde numa perspectiva do tripé conceitual – encontros-afetos-conversas. Nessa discussão, para significar o humano não por sua essência e sim por sua potência, contrariando concepções clássicas do direito natural, reafirma a proposta de humanização comprometida “com a procura de melhores meios para o homem aumentar sua potência” (Teixeira²⁴ 2005:592). Isso dependeria da qualidade de possíveis encontros levados a efeito, encontros efetivamente realizados no serviço de saúde e aqueles viabilizados. Propõe neste sentido as estratégias de “acolhimento-dialogado” e as “redes de trabalho afetivo” para a efetuação de potências individuais e comunitárias.²⁴

O entendimento do conceito de humanização para além da “essência humana” e colocando-o numa perspectiva de relações sociais é apresentado por Puccini & Cecílio¹² (2004). Para esses autores, o movimento humanizador deveria seguir o caminho da transformação, da “humanização radical”: capaz de colocar em xeque questões culturais, sociais, políticas e econômicas que impedem a conquista de padrões universais e solidários de qualidade de vida e os direitos de cidadania. Nesse curso, caberia resgatar a subjetividade, a criatividade, a participação e a integralidade do sujeito trabalhador(a) na sua interação com os outros atores – gestores e usuários – como potências na implementação de práticas humanizadoras.

GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E A HUMANIZAÇÃO NUMA PERSPECTIVA ERGOLÓGICA

O filósofo francês Schwartz¹⁵ propõe a abordagem ergológica e seu dispositivo dinâmico de três pólos para repensar a produção de conhecimento sobre o trabalho.

Esta abordagem procura relacionar dialeticamente os produtos das diferentes disciplinas (pólo conceitual), os saberes e valores oriundos da experiência dos trabalhadores (pólo das forças de convocação e de reconvoção) e, por fim, o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que faz a articulação dos dois outros, apoiada numa visão humanística e de construção solidária.^{7,15}

Ou seja, a abordagem ergológica situa o processo de conhecimento sobre o trabalho sustentado em três pólos distintos: o pólo epistêmico, gerado pelo conhecimento das diversas disciplinas científicas; o pólo produzido pelos saberes e experiência do trabalhador e o pólo das exigências éticas e epistemológicas a respeito da construção dessa parceria. Assim, é proposta da ergologia discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando o conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades e a exigência da conversa entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes. Schwartz^{15,16} considera que a análise do trabalho é inseparável do campo epistemológico, dos valores e da ética e que o encontro entre os saberes científico e prático, imprevisível, resulta sempre em algo inovador. Em consequência, o trabalho pode ser considerado em parte repetido e ao mesmo tempo sempre novo, um destino a viver.

Para Schwartz,¹⁸ o trabalho implica história e sua expressão como experiência refletida em encontro, sempre em parte inacabado e permeado por antagonismos. O trabalho se conforma como terreno de conflitos e interesses diversos: técnico-científico – que confere efetividade aos objetivos econômicos e sociais do trabalho a partir da construção e combinação de saberes; filosófico – no sentido de entendimento de como homens e mulheres fazem sua história, de seres que se criam e se recriam pelo trabalho; e político – por constituir-se de saberes não neutros, gerados dentro da história do trabalho e detentores de poder de transformação, visando estratégias e políticas de desenvolvimento de riquezas numa fabricação permanente de um “viver em comum” e na promoção ou abandono da noção de “bem comum”. Assim, as transformações na gestão dos processos de trabalho em saúde e a construção de práticas humanizadoras acarretam necessariamente transitar nesse solo onde se misturam o individual e o coletivo, o social, o econômico e o político, o confronto de interesses nem sempre convergentes e a necessidade permanente de articulação e de negociação.

Ao abordar o trabalho, a ergologia incorporou, desenvolveu e aprofundou o conceito de “atividade” oriundo da ergonomia que em seus estudos a respeito da defasagem entre “trabalho prescrito” e “trabalho real” demonstrou que existe uma singularidade no trabalho efetivamente realizado. Assim, a “atividade” traduz o trabalho realizado, o que inclui normas antecedentes,

objetivos e também ressingularizações, e se traduz num jogo de reciprocidades entre o dizer e o fazer, que são dimensões essenciais da atividade humana “trabalho”. A atividade deve ser pensada como uma dialética entre o dizer e fazer, o geral e o singular, o micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico; é lugar de debates e incertezas, de confronto entre normas antecedentes e renormalizações singularizadas pelos seres humanos. Desse modo, a atividade seria marcada por três características essenciais – transgressão, mediação e contradição –, e resultante do embate entre as normas precedentes e a ação, do modo como cada sujeito reelabora o seu fazer a partir dos “usos de si” no trabalho e suas redefinições no aqui e agora. O conceito de “uso de si” refere-se à atividade desenvolvida pelo trabalhador e seu investimento nessa realização, que envolve eleição e arbítrio entre valores diferentes e até contraditórios. A análise da atividade transcende limites sociais, temporais, institucionais, tornando possível e desejável pensar suas circulações e reinvestimentos.^{19,20,22}

Em relação ao pólo epistêmico, considera-se que os conceitos são necessários porém insuficientes para compreender o trabalho. Uma análise da situação de trabalho não se sustenta partindo-se unicamente da neutralização de conceitos e nem daquilo que foi simplesmente prescrito. Isto se dá em decorrência do abismo epistemológico existente entre “trabalho real” e “trabalho prescrito”. Ou seja, o trabalho não é possível sem pré-conceitualização, porém é preciso mais do que normas e saberes antecedentes para enfrentar situações de trabalho. Assim, propor mudanças na forma de ser e de fazer o trabalho resulta na confrontação com o novo e com todo tipo de problemas que precisam ser geridos a partir daí. Evidencia-se desse modo a fluidez do trabalho e a potencialidade do sujeito trabalhador: na possibilidade de novas organizações, da implementação de modos originais de operar aquela realidade e da criação de novas entidades coletivas. A vida no trabalho permite a troca de saberes, as experimentações, a confrontação com a descoberta, o inusitado. Pensar o trabalho é pensar o trabalhador-potência: o que transgredir e também o que consegue superar dificuldades imprevistas.^{7,17}

O trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que, no seu cotidiano, produz e se reproduz como força de trabalho e produz saúde a partir da atenção à saúde de outras pessoas, habita um espaço relacional e pluridimensional. Assim, o trabalho pode ser tanto produtor de saúde como de mal-estar e adoecimento, para si – trabalhadores – e para os outros. Como objeto de estudo, o trabalho em saúde também coloca em foco a práxis na qual são produzidos, além de objetos e artefatos, produtos ou serviços no atendimento às necessidades humanas, valores que se incorporam à ação propriamente dita.²³ A imaterialidade do trabalho em saúde acentua contradições na produção de valores de uso e de troca no capitalismo. Nessa inter-relação, alteridade

e dialogia inscritos no encontro do sofrimento e na produção de saúde, este trabalho se mostra particular ao lidar com o humano, capaz de originar sentimentos de prazer e satisfação e de engendrar padecimento e desgaste. O trabalho em saúde é resultado de situações que se traduzem em experiência e como qualquer outro evidencia as normas antecedentes e as renormalizações num movimento constante, individual e coletivo.²⁰

Nenhum trabalho é mera execução, repetição de movimentos, gestos, seqüências de atividades ou operações previstas antecipadamente. Toda produção no trabalho é ressingularizada; é uma renormalização parcial em torno de si. Desse modo, a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele de transgressão, do debate entre a norma e sua renormalização. Não é possível controle e antecipação da totalidade de circunstâncias e peculiaridades de um trabalho como a atenção em saúde, bem como de nenhum outro. As “brechas das normas”¹⁶ colocam em evidência que sempre haverá a possibilidade da transgressão, a possibilidade de se tomar uma decisão, própria, pessoal e livre. O trabalho é um universo de microtransgressões; é o ambiente propício para questionar o prescrito, o poder.

Felizmente, essas “brechas”¹⁶ existem sempre, permitindo escolhas dos trabalhadores – seres pensantes e deliberantes. A saúde cessa de se manifestar quando, em qualquer medida, o meio intenta impor integralmente suas próprias normas. Apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos e regras tão comuns à prática na área da saúde, a total padronização é meta inatingível e a cotidianidade exige que as pessoas arbitrem e façam escolhas. Os trabalhadores pensam, se pensam e constroem novas realidades para agir e administrar situações. Instigante, difícil e indispensável é reconhecer, apreender e conviver com essa dinâmica na organização das práticas e serviços de saúde. Para uma aproximação da realidade do trabalho é preciso construir dispositivos que permitam chegar o mais próximo possível da atividade, de avaliá-la e de reconhecê-la como ela é, o que implica reconhecer esses espaços de microtransgressões e rupturas.

Sob a perspectiva ergológica, a pesquisa e intervenção no campo da gestão em saúde apontam a necessidade de reflexão a respeito de valores tomados em consideração no campo das microdecisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e a noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores. Recorrendo-se a Schwartz,¹⁴ deve-se reconhecer que a negociação dos “usos de si” é sempre lugar de uma “dramática”. Assim sendo, ao refletir sobre a gestão e avaliação de competências no trabalho, Schwartz¹⁴ reafirma toda abordagem nesse sentido como legítima e útil – um exercício necessário, no entanto, ao mesmo tempo, uma questão insolúvel – desafiando o tempo todo novas inventividades. Nessa mistura, compete

tentar articular variados “ingredientes”: o geral e a singularidade humana, a formação, normas, atividades e valores, as ingerências do meio, os diferentes usos de si e a possibilidade de armazenamento na forma de patrimônio, a relação dialética permanente entre esses diversos elementos perpassada por conflitos e antagonismos, sem contar as qualidades sinérgicas emergentes e potencializadas pelas políticas de governo do trabalho.¹⁴

Hardt¹¹ afirma que a prestação de serviços, a comunicação e o processamento de informações tornaram-se essenciais à produção econômica na contemporaneidade. As posturas ativas no trabalho, a troca de informações, o trabalho em equipe, a supremacia das atividades simbólicas e a valorização do trabalhador flexível e polivalente tornam-se elementos fundamentais nos novos processos produtivos, fenômeno observado inclusive na saúde. Nesse sentido, como trabalho afetivo ou imaterial, o trabalho em saúde ao movimentar afetos produz/reproduz subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade.

A passagem para uma economia informacional envolve necessariamente uma transformação tanto na qualidade quanto na natureza dos processos de trabalho. Esta é a implicação sociológica e antropológica mais imediata da mudança de paradigmas econômicos. Informação, comunicação, conhecimento e afeto passam a desempenhar um papel estrutural nos processos produtivos. (Hardt,¹¹ 1993:148)

Ao refletir sobre a evolução do papel do trabalho afetivo no capitalismo, Hardt¹¹ reitera que a produção foi enriquecida pela complexidade da interação humana, na união entre ação instrumental e comunicativa, produzindo e reproduzindo afetos em redes de comunicação e cultura – subjetividades e sociabilidade tornam-se diretamente exploráveis pelo capital, aflorando o biopoder. Desse modo, destaca-se o enorme potencial do trabalho afetivo, na medida em que “o que se cria nas redes de trabalho afetivo é uma forma-de-vida” (Hardt¹¹, 1993:154). O trabalho afetivo, incluindo o trabalho em saúde, transformou-se em alicerce necessário para a acumulação capitalista e a ordem patriarcal, possuindo, de outro modo, a produção de afetos e de subjetividades o potencial ontológico e biopolítico para o fomento de circuitos autônomos de valorização e, possivelmente, de liberação. Numa perspectiva ergológica, muito mais do que simples conformação de um perfil de adoecimento e morte resultante da exploração da força de trabalho, o trabalho em sua complexidade pode e deve ser analisado e reconhecido numa perspectiva libertadora, no seu papel na vida das pessoas e na configuração da defesa da vida. As lógicas de subordinação existem, porém jamais serão suficientes para aniquilar as subversões renormalizantes.^{7,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Schwartz²¹ considera que para gerir o trabalho na sua dimensão concreta de trabalho útil, – como hierarquização de atos e objetivos e tomada de decisões baseadas em valores–, é necessário fugir de procedimentos estereotipados e a abertura do espaço das negociações dos usos de si – simultaneamente, usos de si por outros (das normas econômicas às instruções operacionais, dimensionadas por instâncias públicas ou privadas) e uso de si por si (o que revela compromissos microgestionários, articulados à experiência das situações de trabalho), na esfera individual e coletiva. Esses espaços das negociações, geralmente mediados por instâncias negociantes de arquitetura coletiva, por sua vez se constituem em lócus de uma dramática referente à relação eficiência-efetividade e que remetem a um campo de valores absolutos como, por exemplo, gozar ou restaurar a saúde. A gestão do trabalho é contínua e opera nos espaços implícitos e/ou explícitos de negociação.

A humanização perpassa pela inclusão do trabalhador da saúde nesse processo transformador, numa articulação entre os pólos disciplinar, epistemológico e ético e dos sujeitos. Assim, a gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde faz pressupor o conhecimento e a consideração não só das questões macrosociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas, nesse espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência.

Deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse labor que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Some-se ainda as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações. Isso sem contar a convivência diária com toda forma de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da saúde e da doença, da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente.

Pensar o trabalho vivo, este estranho⁸ ao mesmo tempo fonte de sofrimento e de prazer e emancipação, requer um olhar arguto e inconformado. As especificidades e idiosincrasias do trabalho em saúde exigem ainda mais a ponderação de diferentes elementos como os processos de subjetivação dos trabalhadores em tensionamento constante no âmbito de uma sociedade iníqua, a restrição dos espaços de negociação e de rupturas das normas num ambiente precarizado e as dimensões ético-epistemológicas de produção de saúde envolvidas no processo de saúde-doença-cuidado.

⁸ Antunes R. Trabalho e estranhamento. Apêndice In: Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; 1995, p.121-134.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(1):63-72.
2. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):549-60.
3. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p.49-83.
4. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Hum Resour Health*. 2003[acesso em: 10/05/07];1(1):4. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>
5. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):561-71.
6. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2005;9(17):389-94.
7. Brito J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez, D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.91-114.
8. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(1):7-14.
9. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*. 2003[acesso em 14/05/07];1(1):1. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
10. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saude Soc*. 2004;13(3):30-5.
11. Hardt M. O trabalho afetivo. In: Pelbart PP, Costa R, organizador. Cadernos de Subjetividade: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec; 2003. p.143-57.
12. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1342-53.
13. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health*. 2003[acesso em 14/05/07];1(1):9. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>
14. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc*. 1998;19(65):101-40.
15. Schwartz Y. Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe. Toulouse: Octares; 2000.
16. Schwartz Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D, organizadores. Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Editora Cortez; 2002. p.109-27.
17. Schwartz Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica. *Paidéia e politeia. Trab Educ*. 2003;12(1):126-49.
18. Schwartz Y. Trabalho e saber. *Trab Educ*. 2003;12(1):21-34.
19. Schwartz Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trab Educ Saude*. 2004;2(1):33-55.
20. Schwartz Y. Ergonomia, filosofia e extraterritorialidade. In: Daniellou F, organizador. Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: Editora Edgard Blücher; 2004. p.142-80.
21. Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez, D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p.23-36.
22. Schwartz Y. Actividade. *Laboreal*. 2005[acesso em 20/05/07];1(1):63-4. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112291227657511>
23. Souza-e-Silva MCP. A dimensão linguageira em situações de trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D, organizadores. Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França. São Paulo: Editora Cortez; 2002. p.61-76.
24. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):585-97.