



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO

WLADIMIR FERREIRA DE SOUZA

**GESTÃO EM SAÚDE, UMA PERSPECTIVA ERGOLÓGICA:
*COM QUANTOS GESTOS SE FAZ UMA GESTÃO***

Rio de Janeiro
Março, 2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
CURSO DE DOUTORADO

WLADIMIR FERREIRA DE SOUZA

**GESTÃO EM SAÚDE, UMA PERSPECTIVA ERGOLÓGICA:
COM QUANTOS GESTOS SE FAZ UMA GESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Milton Raimundo Cidreira
de Athayde

Rio de Janeiro
Março, 2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

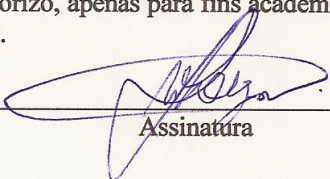
S 731 Souza, Wladimir Ferreira de.
Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica : com quantos
gestos se faz uma gestão / Wladimir Ferreira de Souza , 2009.
306 f.

Orientador: Milton Raimundo Cidreira de Athayde.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Psicologia.

1. Ergonomia – Teses. 2. Saúde e trabalho – Teses. 3.
Saúde - Planejamento – Teses. I. Athayde, Milton Raimundo
Cidreira de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia. III. Título.

CDU 65.015.11

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
tese.


Assinatura

28/05/2009.
Data



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

A tese: “Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão”.

Elaborada por **Wladimir Ferreira de Souza**

Foi **aprovada** pelos membros da banca examinadora, em 09 de março de 2009:

Prof. Dr. Milton Raimundo Cidreira de Athayde (orientador)

Prof. Dr. Helder Pordeus Muniz

Prof.ª Dr.ª Marisa Lopes da Rocha

Prof.ª Dr.ª Jussara Cruz de Brito

Prof. Dr. Marcelo Gonçalves Figueiredo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas e organizações que contribuíram, direta ou indiretamente para que esse trabalho acadêmico se concretizasse.

Aos meus pais, Raimundo e Ivonete, que, em diferentes momentos, deram o suporte para que eu seguisse em frente.

À minha esposa, Rubia, por todos os momentos que temos vivido juntos e por compartilhar as dificuldades e as alegrias de um doutoramento.

A todos os meus familiares de “sangue” e de “coração”.

Ao Milton Athayde, que me acolheu e ensinou mais do que se espera de um orientador.

Ao Yves Schwartz pela gentil acolhida na Université de Provence e pelos ensinamentos em Ergologia.

Aos professores Hélder Muniz, Jussara Brito, Marcelo Figueiredo e Marisa Rocha, pela disponibilidade em participar da Comissão Examinadora e por contribuírem com críticas e sugestões para a tese.

Aos amigos de doutoramento: Adilson, Paulo, Elisa, Francinaldo e Neide.

A todos os amigos, franceses e brasileiros que nos recepcionaram na França e nos ajudaram a dar os primeiros passos em terras desconhecidas. Em especial a Pierre Trinquet (gentileza sem limites), Mariana e Jurandir.

À Joélia, pela parceria na Direção e pelo apoio na tese.

Ao Paulo Ferri, pelo auxílio na pesquisa, transcrevendo as gravações.

Ao José Alexandre e ao Pierre, pelo apoio nas traduções.

Ao Luiz Augusto, por me desvendar alguns mistérios da Informática.

À equipe da Secretaria do PPGPS, por todo o apoio, orientação e atenção que me deram ao longo do curso.

À Prefeitura Municipal de Duque de Caxias e ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, pela liberação da licença para estudos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, por ter concedido autorização para a realização da pesquisa.

À CAPES, pela concessão da bolsa de estudos para realização do estágio doutoral no exterior.

A todos os servidores do Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias, pela oportunidade de “trabalhar junto, pensar junto, viver junto”.

RESUMO

Baseado na convicção de que “trabalhar é gerir” – fruto das pesquisas com a perspectiva da Ergologia –, procura-se nesta tese pensar *gestão* como um conceito ampliado, algo que todos os humanos operam ao trabalhar, e não somente como uma função exclusiva de administradores, no sentido restrito do termo (referido apenas aos chefes, diretores, etc.). Tendo como campo empírico o Sistema Único de Saúde (SUS) e investigando-se as proposições de alguns dos principais autores sobre o tema da *Gestão e Planejamento em Saúde*, verificou-se que uma exaustiva busca vem sendo empreendida por diversos agentes do campo da Saúde e por pesquisadores para aproximarem-se, compreenderem e desenvolverem melhor as habilidades, os conhecimentos, as competências e os dispositivos que permitiriam uma gestão mais eficiente do SUS e, mais especificamente, no âmbito de uma Unidade de Saúde Pública no Brasil. Estiveram em análise as práticas de gestão desenvolvidas em um Centro Municipal de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Brasil), no qual o autor da tese, além das atividades de pesquisa, exercia a função de diretor geral. A tese teve como objetivo principal analisar, do ponto de vista da atividade, a dimensão gestonária do trabalho na Unidade de Saúde citada, a fim de discutir a viabilidade naquele local – e, possivelmente em outras Unidades de Saúde – do exercício de uma *ergogestão*, isto é, uma gestão com base nos princípios propostos pela Ergologia – quando o ponto de vista da atividade tem cidadania no meio de trabalho. O referencial teórico constituiu-se de algumas abordagens clínicas do trabalho (Ergonomia da Atividade, Psicopatologia do Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho e Clínica da Atividade, esta última em menor proporção) com elementos das contribuições do educador brasileiro Paulo Freire, do psicanalista inglês Donald Winnicott e do biólogo chileno Humberto Maturana, todas colocadas em sinergia dialética sob a orientação da perspectiva ergológica. No curso da investigação foram utilizados métodos e técnicas pertinentes a este quadro e que objetivaram possibilitar a aproximação e o diálogo com os protagonistas da atividade na Unidade de Saúde em análise. Destacam-se as influências da pesquisa-intervenção e da pesquisa etnográfica, sendo o principal dispositivo técnico utilizado aquele denominado *Encontros sobre o Trabalho*. A pesquisa empreendida, conjuntamente com a experiência concreta de gerenciamento (como diretor geral), permitiu concluir que o esforço de implantação da modalidade que se denomina *ergogestão*, privilegiando o ponto de vista da atividade, pôde colaborar para promover transformações positivas no cotidiano da Unidade posta em análise. Contudo, sua aceitação por um maior número de atores e seu desenvolvimento dependem do atendimento de algumas necessidades, apontadas pelo coletivo de trabalho como entraves a superar. Os achados aqui presentes podem contribuir para a construção de um patrimônio de informações acerca da Unidade. A partir desse patrimônio outras experiências de gerenciamento podem vir a se desenvolver, obtendo-se assim, cada vez maior êxito na gestão do processo de trabalho e na melhoria das condições do atendimento oferecido aos usuários.

Palavras-chave: Saúde. Ergologia. Gestão. Ergogestão.

ABSTRACT

Grounded in the conviction that “working to manage”,- results of the research on the ergological perspective -, we think management as an extended concept, something that all the human beings operate when working, and not only as an exclusive function of administrators, this term used in a restricted way (referred only to the board of directors, etc.). The field analysis consisted of the Sistema Único de Saúde (SUS) in accordance with the proposals of main authors in the area of health planning and management. It was verified that an exhausting search that is being undertaken as for some actors/agents of the field of health as for researchers to understand and to develop the abilities, the knowledge, the devices that would allow management more efficient of a Public Health in Brazil and the possibilities of some of these findings to be applicable to the Sistema Único de Saúde (SUS). It had been analysed the management practices developed in a Municipal Health Centre located in a city in the State of Rio de Janeiro (Brazil), where the author of the thesis, beyond the activities of research, exerted the function of general manager. This thesis had as a main objective to analyse, of the point of view activity, the gestional dimension of the work in a Municipal Health Centre, in order to discuss the viability in that place - and, possibly in other Health Centre - of the exercise of the ergomanagement that is a management on the basis of the principles concern the Ergology - when the point of view activity has citizenship in the way of work. The theoretical referential consisted of some clinical boardings of work (psychopathology of work, psychodynamic of work, ergonomics of activity, and clinic of activity) in accordance with the work of the Brazilian educator Paulo Freire, the English psychoanalyst Donald Winnicott and the Chilean biologist Humberto Maturana, all applied the Synergy under the orientation of ergological perspective. During the work had been used pertinent methods and techniques that had objectified to make possible the approach and the dialogue with the protagonists of activity in the Municipal Health Centre in analysis. The reference method was the research-intervention and the ethnographic research, being used the main device technician “Meeting on Work”. The undertaken research, jointly with the concrete experience of management (as general manager), allowed to conclude that the effort of implantation of the modality ergomanagement, privileging the point of view activity, could collaborate to promote positive transformations in the daily of the Municipal Health Centre in analysis. However, its acceptance for a significant number of subjects and its development depends on the attendance of some necessities, pointed for the collective work as impediments to surpass. Thus the findings can contribute for the construction of a patrimony of information concerning the Municipal Health Centre. From this patrimony other experiences of management can be developed, getting great results from the management of the work process and in the improvement of the conditions of the attendance offered to the subjects.

Key words: Health, Ergology, Management, Ergo-Management.

RÉSUMÉ

Fondé sur la perspective ergologique : *travailler c'est gérer*, – qui représente un acquis important de cette démarche – cette thèse conçoit la gestion à partir d'un concept élargi de l'activité de travail humain pour lequel tout travailleur est aussi le gestionnaire de son propre travail. Ce qui va bien au-delà de la fonction gestionnaire exclusivement administrative, dévolue généralement aux seuls responsables hiérarchiques, directeurs, etc. Le champ empirique utilisé a été le Sistema Único de Saúde (SUS) tel que défini par ses principaux auteurs, pour ce qui concerne la planification et la gestion de la santé. Pour ce faire, il s'est avéré nécessaire de mettre en place une importante recherche menée conjointement, par des acteurs/agents du champ de la santé et par des scientifiques. Et ceci, afin de mieux approcher, comprendre et améliorer, les compétences, les connaissances et les dispositifs qui permettraient une gestion plus efficace du SUS et, plus particulièrement, dans le contexte d'une Unité de Santé Publique, au Brésil. Nous avons analysé les pratiques de gestion développées dans une Unité de Santé localisée dans une ville de l'État de Rio de Janeiro (brésil), dans laquelle l'auteur de cette thèse, outre ses activités de chercheur, exerce la fonction de Directeur général. L'objectif fondamental de cette thèse a été d'analyser, du point de vue de l'activité, la dimension gestionnaire du travail, dans cette Unité de Santé. Ceci afin de mettre en débat la faisabilité dans ce lieu – et peut-être aussi dans d'autres Unités de Santé – de la pratique d'un ergomanagement. C'est-à-dire, un management basé sur les principes et concepts développés par l'ergologie qui considère l'activité des travailleurs à partir d'une conception citoyenne du travail. Notre référentiel théorique s'est constitué à partir des apports des sciences cliniques du travail (ergonomie de l'activité, psychopathologie du travail, psychodynamique du travail et clinique de l'activité, cette dernière dans de moindre proportion). Mais aussi à partir des contributions de l'éducateur brésilien Paulo Freire, du psychanalyste anglais Donald Winnicott et du biologiste chilien Humberto Maturana. Tous ces apports ont été mis en synergie dialectique à partir de la conception ergologique. Tout au long de notre recherche, nous avons mis en œuvre des méthodes et des techniques pertinentes et adaptées à ce type de situation. Leurs objectifs étaient de permettre, à travers des dialogues, une approche de l'activité réelle des protagonistes, dans cette Unité de Santé. Nous retrouvons-là, les influences de la recherche-actions ethnographique tout en mettant en œuvre ce que l'ergologie nomme des '*Groupes de rencontres du travail*' (GRT). Notre recherche se nourrissait constamment de notre propre expérience de gestionnaire de cette Unité de Santé (en tant que Directeur général). Cette fonction nous a également autorisé à tester et analyser l'ergomanagement, en privilégiant le point de vue de l'activité, et aussi, à promouvoir quelques transformations positives dans le quotidien de cette Unité de Santé, en s'appuyant sur nos observations et analyses. Néanmoins, l'acceptation par le plus grand nombre de travailleurs ainsi que l'évolution de ces innovations proposées, dépendaient de la prise en compte de quelques propositions revendiquées par le collectif de travail de ce GRT. Propositions qui étaient considérées comme des obstacles à dépasser. Ces innovations peuvent contribuer à la constitution d'un patrimoine d'informations relatives à l'Unité de Santé. À partir de ce patrimoine d'informations, d'autres expériences similaires de gestion peuvent se développer et ainsi, enrichir la gestion des processus de travail et améliorer les conditions de travail des salariés et la participation des usagers au management.

Mots clés : Santé. Ergologie. Gestion. Ergomanagement.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – GESTÃO EM SAÚDE: RELAÇÕES ENTRE O MACRO E O MICRO NA ÓTICA DE ALGUNS DOS PRINCIPAIS AUTORES SOBRE O TEMA.....	23
1.1 - O campo de análise	23
1.1.1 - <u>As condições em que emerge o Sistema Único de Saúde (SUS)</u>	25
1.1.2 - <u>Saúde, um contexto de crise?</u>	30
1.1.3 - <u>A Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária de Saúde</u>	43
1.1.4 - <u>Por que a Humanização tem sido encarada como um desafio do SUS?</u>	48
1.1.5 - <u>A propósito da (falta de) atenção nos Serviços Públicos de Saúde</u>	51
CAPÍTULO 2 - FERRAMENTAS TEÓRICAS PARA COMPREENDER-TRANSFORMAR O TRABALHO EM SAÚDE.....	66
2.1 - A Ergonomia da Atividade e a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real.....	66
2.2 - A Psicopatologia do Trabalho, suas principais contribuições e seu encaminhamento em direção à Psicodinâmica do Trabalho.....	70
2.2.1- <u>Uma clínica da normalidade e das defesas frente ao trabalho</u>	76
2.2.2- <u>As defesas contra o sofrimento no trabalho: os sistemas defensivos de tipo estratégicos e ideológicos</u>	76
2.2.3 - <u>A ambivalência do sofrimento psíquico e a relação corpo-mente</u>	79
2.2.4 - <u>A emergência e os caminhos da Psicodinâmica do Trabalho (PDT)</u>	81
2.2.5- <u>A inteligência posta em prática nas situações de trabalho: uma inteligência astuciosa</u>	85
2.2.6 - <u>Características da inteligência da prática/astuciosa</u>	91
2.2.7 - <u>Inteligência e Sabedoria da prática</u>	94
2.2.8- <u>A ressonância simbólica: um requisito individual da inteligência astuciosa</u>	95

2.2.9 - <u>Os requisitos sociais da <i>inteligência astuciosa</i> e as condições para sua mobilização</u>	97
2.3 - Do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (MOI) à perspectiva ergológica: Contribuições para a análise da Saúde do Trabalhador e do trabalho em Saúde	98
2.3.1 - <u>Ivar Oddone, a perspectiva e a <i>clínica do trabalho</i> emergente no interior do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde</u>	98
2.3.2 - <u>A Clínica da Atividade</u>	102
2.3.3 - <u>A perspectiva ergológica e o Dispositivo Dinâmico de 3 Pólos (DD3P)</u>	105
2.3.3.1 - Competências para a gestão da vida.....	109
2.3.3.2 - Sobre gestão e serviço.....	110
2.4 - O ‘Modelo’ de Competência e Relação de Serviço	113
2.5 - Enriquecendo com outras abordagens a caixa de ferramentas da perspectiva ergológica	116
2.5.1 - <u>Winnicott e o viver criativo</u>	118
2.5.2 - <u>Humberto Maturana e a “Biologia do Amar”</u>	121
2.5.3 - <u>Winnicott e Maturana: um diálogo possível em sinergia com as outras ferramentas?</u>	123
CAPÍTULO 3 - PLANEJAMENTO & GESTÃO EM SAÚDE. MÉTODOS, PARADIGMAS E ESTRATÉGIAS EM DEBATE	127
3.1 - As proposições dos principais autores sobre o tema	127
3.1.1 - <u>Discussão sobre o paradigma da Atenção Gerenciada (AG)</u>	135
3.1.2 - <u>Que lógica para orientar a gerência e a gestão do/no trabalho em Saúde?</u>	138
3.1.3 - <u>Taylorismo, anti-taylorismo ou a-taylorismo?</u>	149
3.1.4 - <u>A questão da avaliação</u>	154
CAPÍTULO 4 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	158
4.1 - A pesquisa participativa nas Ciências Humanas e Sociais	164
4.1.1 - <u>A pesquisa-intervenção</u>	166
4.1.2 - <u>A pesquisa etnográfica</u>	171
4.1.3 - <u>Os Encontros sobre o Trabalho</u>	176

CAPÍTULO 5 - UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA.....	181
5.1 - O campo de intervenção.....	182
5.1.1 - <u>A cidade e o cenário político.....</u>	182
5.1.2 - <u>Aspectos geográficos e sócio-econômicos.....</u>	184
5.1.3 - <u>A Unidade de Saúde em análise.....</u>	186
5.1.4 - <u>“Chegando junto” para marcar um Encontro. Intervenções através de um “olhar à lupa”.....</u>	192
5.1.4.1 - O mural “invisível”.....	196
5.1.4.2 - As portas da per/recepção.....	196
5.1.4.3 – O “avesso do avesso” da folha de ponto.....	197
5.1.4.4 - O carimbo da Farmácia.....	198
5.1.4.5 - A “dança” dos guichês.....	199
5.1.4.6 - A marcação das consultas.....	200
5.1.4.7 - A política “Robin Hood”.....	201
5.1.4.8 - Os cartões improvisados.....	201
5.1.4.9 - Ausência e vazio de normas.....	202
5.1.4.10 - “Tu és responsável por aquilo que cativas”.....	203
CAPÍTULO 6 - A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA. CONVERSAS E ENCONTROS SOBRE O TRABALHO.....	208
6.1 - Primeiro Encontro: 30/07/2008.....	229
6.2 - Segundo Encontro: 20/08/2008.....	233
6.3 - Terceiro Encontro: 17/09/2008.....	244
6.4 - Quarto Encontro: 15/10/2008.....	263
6.5 - Quinto Encontro: 10/12/2008.....	276
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	283
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	292

GESTÃO EM SAÚDE, UMA PERSPECTIVA ERGOLÓGICA: COM QUANTOS GESTOS SE FAZ UMA GESTÃO

INTRODUÇÃO

A situação da saúde pública no Brasil é preocupante. A rede pública de atenção representada pelo Sistema Único de Saúde não conseguiu em duas décadas superar seus principais entraves e apresentar-se como agente efetivo de transformação. Entendemos que os determinantes deste quadro são de diversas ordens. Mas nosso foco analítico está no gerenciamento de Unidades de Saúde, tendo como campo empírico um Centro Municipal de Saúde de um município do chamado Grande Rio. Defendemos a tese de que a maior fertilidade gerencial encontrar-se-ia em uma perspectiva gestonária, orientada pela e para a atividade, tendo como ponto de vista a atividade de trabalho – aquilo que aqui se denomina *ergogestão*.

Sabemos dos obstáculos para sua incorporação, o primeiro dos quais encontra-se no fato de que, nos mundos do trabalho, os profissionais de concepção, gerência e demais atores sociais raramente têm uma representação estratégica positiva do trabalho. É o que o patrimônio internacional da Ergonomia vem destacando (HUBAULT, 1996). O que predomina é a crença em um a priori de solução tecnicista. No caso do Brasil, no campo da Saúde, diríamos que, em geral, a discussão se encontra profundamente ideologizada, manipulada de forma partidária, populista e autoritária, sem representação efetiva do conjunto da população usuária. Vamos neste campo construir e defender nossa tese.

Mas, diante do quadro descrito, o que mobiliza alguém a querer desenvolver uma tese abordando tal problemática? A dedicar horas, dias, meses e anos de sua vida a leituras, escritas, encontros científicos, aulas, debates, pesquisas teóricas e de campo? Decerto uma curiosidade, um desconforto, algo que nos exige se não uma resposta, pelo menos novos modos de questionar, de buscar entender e transformar o atual estado de coisas.

Um problema dessa ordem não surge por geração espontânea, é o resultado da fecundação de nossos diversos encontros pessoais, profissionais e acadêmicos. Ele vai sendo gerado ao longo dessas experiências e quando consegue tomar forma, eclodir razoavelmente como uma questão a ser investigada, nos demanda que o tratemos com o devido rigor, com o cuidado que se requer no trato das questões ditas científicas. Mas, ao mesmo tempo, não devemos nos esquecer que esse rebento, esse fruto de nossas aventuras e desventuras, traz a marca indelével de nossas implicações, das escolhas que fizemos, de nossas crenças, de nossas expectativas em relação à construção de uma sociedade que acreditamos ainda ser viável ao bem-comum e saudável para os seres humanos, desde que se edifique em moldes diferentes dos atuais.

Cada um, dentro de sua área de estudos e/ou atuação profissional, estando interessado por determinado assunto, vai enveredar por caminhos específicos. Sendo assim, colaborando para a análise da implicação do pesquisador com seu objeto de tese, tentarei reconstituir as linhas básicas que teceram meu percurso (desde o início da graduação em Psicologia).

No ano de 1985 fui aprovado no vestibular para o curso de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Nesse mesmo ano prestei concurso público para ingressar em um banco público estadual, o que significava uma possibilidade de auto-sustento e de manutenção dos estudos, com certa estabilidade. Concluído o processo seletivo no final de 1985, fui admitido em janeiro de 1986 no Banco do Estado de São Paulo (BANESPA) como escriturário.

Na Universidade, já no 3º período, minhas inquietações e o desejo de engajamento nas causas ditas 'populares' levaram-me a participar do movimento estudantil (membro do Centro Acadêmico, UNE, organização de encontros de estudantes de Psicologia). Essa experiência foi fundamental para a construção de uma visão crítica a respeito da prática profissional do psicólogo, pois constituía uma oportunidade para a discussão política e para o debate teórico.

Esse foi um aspecto peculiar de minha trajetória pelos caminhos da Psicologia, tê-la desenvolvido, durante um certo período, simultaneamente com atividades de bancário. O que poderia ser um complicador revelou-se para mim

como fonte de inúmeras e importantes questões que impulsionaram meu percurso de investigação.

À medida que procurava articular um saber-fazer ao outro percebia que tanto o senso comum como diversos estudos científicos constataavam um alto índice de sofrimento psíquico e sintomas conhecidos como psicossomáticos no conjunto de trabalhadores do setor bancário no Brasil. Esse era um dado que presenciava em meu cotidiano. O desconforto em relação a isso e a hipótese de que o trabalho não poderia ser somente fonte de doenças, sofrimento patogênico e exploração do *corpo/mente*, mas também via de prazer, impulsionaram-me a procurar me instrumentalizar para compreender algumas questões. Além do engajamento em diversas formas de resistência coletiva – como a participação em atividades sindicais, congressos e demais eventos promovidos pela categoria bancária (o que me mantinha em contato com as reivindicações, as formas de luta e as dificuldades encontradas para encaminhar soluções) – foi se delineando um segundo caminho.

Fui cada vez mais me interessando por consultar a literatura em busca de maior conhecimento sobre as relações (não apenas de causa-efeito) entre a organização do trabalho, as condições em que este se realiza e a dinâmica psíquica e somática dos trabalhadores. Foi nesse momento que resolvi cursar, a partir de 1996, a Pós-Graduação/Especialização em Psicologia Médica e Psicossomática na Universidade Estácio de Sá. Lá lecionavam alguns expoentes do movimento psicossomático brasileiro, dentre eles Júlio de Mello Filho, sendo este um dos motivos da preferência por esta instituição de ensino.

O curso de pós-graduação/especialização foi concluído em 1997 e representou uma contribuição importante para minha formação e para o meu percurso de investigação. Contando com a orientação de Erimaldo Nicacio (UFRJ), a monografia *Trabalho: Prazer ou sacrifício? Uma investigação psicossomática sobre o desgaste mental e o sofrimento no trabalho* (SOUZA, 1997), apresentada como exigência final do curso, versou sobre as contribuições da abordagem Psicossomática e da Psicopatologia/Psicodinâmica do Trabalho para o estudo das relações entre organização/condições de trabalho e os processos de saúde-doença, tema cujo interesse foi avivado por conta das aulas da disciplina “Psicossomática no Trabalho”.

Em decorrência desse estudo inicial, intensificou-se o interesse por novas investigações. Foi quando resolvi cursar o mestrado.

Com essa perspectiva já não seria mais possível conciliar meus interesses acadêmicos e profissionais em Psicologia com o trabalho bancário. Ainda trabalhando no banco resolvi fazer novos concursos públicos para psicólogo, um da Secretaria Estadual de Saúde e outro da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, sendo aprovado em ambos. Por força de circunstâncias diversas, em 2001 resolvi assinar o termo de “adesão” ao “plano de demissão voluntária” (PDV) do Banespa, desligando-me da carreira bancária, mas não das questões que me incitavam a pesquisar sobre o trabalho bancário.

Com a intenção de manter-me na perspectiva de análise proposta na monografia, apresentei um pré-projeto para ingresso no curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da UERJ, optando por ter Milton Athayde como orientador. A proposta inicial seria investigar a psicodinâmica do trabalho bancário. No entanto, após a aprovação e o começo das atividades do curso, gradativamente, em decorrência de escolhas pessoais e dos contatos com o orientador e com o grupo de pesquisas com que eu passara a trabalhar desde novembro de 2001 (após o resultado final do concurso para o mestrado), o plano inicial foi sendo alterado.

Embora oferecesse um encaminhamento promissor, o referencial utilizado na monografia já não se mostrava suficiente. Novas descobertas, novos questionamentos, novas aquisições, apontavam lacunas a investigar e tornaram necessário partir para novas investigações.

O contato com a perspectiva ergológica e as diversas abordagens que lhe são pertinentes – com algumas estava tendo o primeiro contato, com outras, embora não fossem novas para mim, passei a compreendê-las melhor – foram possibilitando novos modos de ver e colocar questões, suscitando novas dúvidas e demandando novas buscas.

Ao trazer para o campo de debates a idéia de que o conceito de atividade (de trabalho) é fundamental para pensar a produção da existência humana, a Ergologia,

assim como a Ergonomia da Atividade e a Clínica da Atividade apresentam-se como ferramentas indispensáveis nesse debate. Também um estudo mais sistemático da Psicodinâmica do Trabalho possibilitou compreender melhor suas riquezas e limites.

A análise do trabalho – do ponto de vista da atividade a partir dos problemas colocados e das trajetórias possíveis suscitadas no encontro com situações de atividade humana – permite-nos defrontar com a riqueza e complexidade da existência humana, detectar potencialidades e vislumbrar possibilidades de transformação de algumas formas atuais de conceber, em nossa sociedade, tanto o trabalho como o humano. Para lidarmos com essa complexidade devemos reconhecer a necessidade de uma reflexão interdisciplinar e intersaberes que admita a incompletude do conhecimento científico existente sobre a atividade dos homens e mulheres em situação de trabalho e sobre a dinâmica que nela está envolvida.

Conforme colocado anteriormente, optei como vias de desenvolvimento mais importantes, pela Pós-Graduação/Especialização em Psicologia Médica e Psicossomática, realizada de 1996 a 1997 na Universidade Estácio de Sá e pelo Mestrado em Psicologia, realizado no PPGPS/UERJ, concluído em abril de 2004, sob a orientação de Milton Athayde. A dissertação de mestrado intitulou-se “Corpo e Atividade: elementos para repensar a Psicologia do Trabalho” (SOUZA, 2004).

A opção (minha e do orientador) pelo desenvolvimento de uma dissertação teórica deu-se pela necessidade de aprimoramento de estudos e pelo interesse que poderia haver na comunidade científica por um trabalho de pesquisa que sistematizasse, ainda que minimamente, os referenciais teóricos utilizados. Na ocasião sentia a necessidade de resgatar algumas leituras a fim de conseguir construir um percurso coerente com a minha trajetória e compreender, a partir de referenciais já conhecidos, o que me chegava de ‘novidade’. Hoje talvez pudesse ser mais conciso e ‘ir direto ao ponto’, mas não àquela época.

Meu interesse nas relações entre os processos de trabalho, subjetivação e saúde-adoecimento tomou novo impulso com minha inserção no campo da Saúde Pública. Fui convocado para assumir o cargo de psicólogo em Serviços da rede de Saúde Pública, por conta da aprovação nos concursos públicos que citei anteriormente. Tratando-se de dois vínculos diferentes (um municipal e um estadual)

passsei a atuar tanto na assistência direta aos usuários (seja no atendimento clínico de 'consultório' num Posto de Assistência Médica da Secretaria Estadual de Saúde, na coordenação de grupos ou proferindo palestras voltadas para o público leigo) quanto no planejamento e supervisão de Programas de Saúde da Coordenadoria de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

No exercício dessas atividades pude estar em contato (coordenando reuniões, ministrando palestras e oficinas, supervisionando serviços) com profissionais de diversas categorias como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, técnicos, agentes comunitários de saúde; com os chamados "gestores" (Secretários Municipais, diretores de Departamento, chefes de Divisão, coordenadores de diversos Programas de Saúde). Essa condição possibilitou-me articular questões que concernem a esses diferentes atores, considerando a dinâmica da interação entre eles (relação profissional de saúde-paciente, políticas para o setor, etc.).

Sabe-se que o tema *Humanização* adquiriu relevância especial desde o início do primeiro governo Lula, através da proposição do Ministério da Saúde (MS) de uma Política Nacional de Humanização (PNH) para operar como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. No que me concerne, me foi possível ter um contato mais íntimo com o tema ao atuar como instrutor em "Oficinas de Sensibilização para implantação da Política Nacional de Humanização", proposta pelo Ministério da Saúde, num convênio firmado entre o CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) e a UNIGRANRIO (Universidade do Grande Rio).

Sendo assim, apresentei inicialmente no projeto para seleção ao curso de Doutorado do PPGPS a proposta de conduzir a investigação tendo como eixo o tema *Humanização*, lançando preliminarmente a seguinte questão: no âmbito dos Serviços de Saúde, em que consistiria *humanizar* e o que estaria *desumanizado*? Dessa questão preliminar desdobrar-se-iam os rumos da pesquisa cujo *objetivo geral* seria verificar de que maneira as formas de gestão do trabalho¹ no setor

¹ Esta tese se baseia em referenciais teóricos que levam a entender que o uso do termo *gestão* deve ser problematizado. No texto da tese, quando é utilizada a expressão *gestão do trabalho*, inclui-se tanto a gestão realizada pelos componentes dos níveis elevados da hierarquia – os chamados governantes, "gestores" ou

público de saúde interferem na qualidade da atenção dispensada aos usuários e no processo de saúde-adoecimento dos trabalhadores do setor, discutindo-se os argumentos, o alcance, o impacto, os limites e as possibilidades das atuais propostas oficiais de *humanização* do setor. Questão complexa, mas diante da qual não se pode recusar o enfrentamento. Era, naquele momento, o que pretendia ter as condições e a ousadia de investigar.

No entanto, a partir de outubro de 2005, já com o doutorado em andamento, abriu-se uma nova perspectiva de análise, pois foi quando passei a exercer o cargo de diretor geral de um Centro Municipal de Saúde em um município da Baixada Fluminense. A matéria empírica dessa experiência de gestão será objeto de reflexão mais precisamente no capítulo 5.

A relevância, pertinência e possibilidades de análise de que se reveste o tema *Humanização* no campo da Saúde Pública impossibilitaram que este fosse completamente desconsiderado ao longo da pesquisa, mas a partir dessa nova experiência o tema deixou de ser o principal foco de interesse. Veremos esse ponto mais detalhadamente adiante.

Em julho de 2006 candidatei-me a uma vaga no processo seletivo para o Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE) da CAPES, que, através de convênio com a UERJ para seleção interna oferece bolsas para os doutorandos do PPGPS realizarem parte de seus estudos em universidades estrangeiras que mantenham intercâmbio com a UERJ. No projeto foi proposta a realização do estágio de doutorado na Université de Provence (França), no período de 01 de julho de 2007 a 31 de dezembro de 2007, com a co-orientação de Yves Schwartz, diretor científico do Département d'Ergologie daquela Universidade.

No projeto apresentado, o tema *Humanização* encontrava-se presente no título assim como no texto propriamente dito, mas, dessa vez não de forma tão intensa, já que passa a ser analisado tendo como idéias-força as questões referentes à gestão (ergogestão), ao debate sobre competências e relação de

“tomadores de decisão” – quanto a gestão que os próprios trabalhadores empreendem para dar conta de seu cotidiano de trabalho.

serviço, à tríade cognição-corpo-afetividade. Os objetivos, geral e específicos, adiante expostos, demonstram esse viés.

Entendemos que a ênfase nesses temas passa a exigir o recurso a alguns outros autores e encontramos em Paulo Freire (1974, 1996, por exemplo) uma referência importante. Passamos também a vislumbrar, sob a perspectiva ergológica, as possíveis convergências entre as idéias de autores como Winnicott e Maturana. Inicialmente procurei demonstrar sua aproximação, através de um trabalho para disciplina cursada durante o curso de doutorado. Esse texto inicial recebeu algumas modificações e foi aceito e publicado na edição do segundo semestre de 2008 da Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP/UERJ). As ideias contidas neste artigo serão expostas no capítulo 2 desta tese.

Para concluir este item acrescento que a experiência na França foi extremamente válida para aprimorar os estudos e os conhecimentos sobre a perspectiva ergológica, haja vista que lá pude fazer contato direto com seus principais autores e operadores, assim como ter acesso a uma produção bibliográfica muito mais ampla que aquela acessível no Brasil. Lá também tive a oportunidade de apresentar-me no Seminário Doutoral, expondo o meu projeto e o estado de minha pesquisa à época, podendo assim, receber contribuições valiosas dos participantes (doutorandos e professores do Departamento de Ergologia).

Após essa apresentação Yves Schwartz convidou-me para gravar em vídeo uma conversa com ele e outros doutorandos sobre a minha atividade como diretor de uma Unidade de Saúde Pública (campo empírico de minha pesquisa), onde vinha tentando, orientado pela perspectiva ergológica, desenvolver uma experiência nos moldes do que os franceses têm denominado *l'ergomanagement*² (SHWARTZ; PRÉVOT-CARPENTIER, 2007).

O conteúdo dessa conversa (*entretien*³) foi gravado em vídeo e ficou à disposição dos participantes. Cópias estão à disposição dos interessados no

² No Brasil temos preferido utilizar o vocábulo *ergogestão*, ao invés de uma tradução literal: ergogerência.

³ Palavra da língua francesa que geralmente é utilizada para denotar algo que difere de uma entrevista (*interview*), uma vez que esta sugeriria certa formalidade. A idéia presente no vocábulo *entretien* é a de um outro

Departamento de Ergologia da Université de Provence. A versão escrita (SOUZA; VERISSIMO, 2009), com algumas adaptações foi publicada (em janeiro de 2009) no número 1 da Revista ERGOLOGIA, *Revue du Département d'Ergologie de l'Université de Provence*.

Devo frisar ainda que as experiências vividas na atividade de diretor de uma Unidade de Saúde, iniciada em outubro de 2005, acrescentaram novos ingredientes que se tornaram indispensáveis no preparo da tese e que inevitavelmente modificaram o sabor que ela poderia adquirir até então. O exercício dessa função, corroborado pelo referencial teórico, com ênfase no ponto de vista da atividade, permitiu supor que é possível elaborar, a partir da sistematização de experiências que têm sido produzidas, as pistas para uma *ergogestão* de uma Unidade de Saúde Pública no Brasil, a qual, acredito, deve ser sempre baseada (perdoem-me pelo truísmo!) em uma leitura real da realidade.

Este foi o meu desafio e, ao mesmo tempo, meu estímulo, meu campo fértil de problematizações, benéficas para a tese e para a minha própria vida. Pretendo demonstrar ao longo desta tese como essa experiência se desenvolveu, mas também verificar em que medida a dupla imersão nesse campo empírico provocou avanços ou colisões no percurso da investigação.

A experiência desenvolvida no referido Centro Municipal de Saúde (CMS), por ser objeto de análise de uma pesquisa de doutoramento orientada pela perspectiva ergológica, recebeu o aporte de parceiros fundamentais e vem sendo acompanhada com interesse por diversos outros pesquisadores que se orientam por essa perspectiva, atuando no Brasil ou na França.

Espero ter conseguido realizar uma sinergia, um exercício de culinária/alquimia, com os ingredientes (de competência) disponíveis, de tal forma que daí tenha resultado um produto final que interesse à comunidade científica digerir, no melhor sentido de nossa tradição antropofágica.

enquadre, o de encontro para uma conversa informal, um “bate-papo”. Nosso Grupo de Pesquisa Actividade vem denominando essa técnica de *conversa*, que se dá em geral no interior do que, sob influência antropológica, chamamos uma *visita* aos locais trabalho, quando tal *bate-papo* toma uma dimensão sistemática e investigativa.

Na verdade, trata-se de uma lógica antropofágica que pretendemos estar circulando na relação com aqueles que na França⁴ propõem e se orientam pela perspectiva ergológica. Mobilizamos aqui uma tradição, uma lógica, cuja denominação vem de um polêmico Movimento dos anos 1920, no contexto do Modernismo – no campo da estética e da cultura brasileiras –, destacando-se a figura e a obra de Oswald de Andrade. Na corrente da Análise Institucional essa prática fora já reivindicada por Saidon (1987, p. 11) ao lembrar que “foram os modernistas os que disseram que, no Brasil, a relação com o saber e com a cultura universal tem características antropofágicas. Diziam eles, no princípio do século: ‘O que mais se ama é o estrangeiro, tanto que o comemos’”. O autor propõe que se pense em que sentido estamos, em nosso continente, “metabolizando” os saberes originados alhures.

Também Rolnik (1996) explora esta questão, inclusive para procurar compreender as razões por que a vertente da Esquizoanálise encontra solo fecundo no Brasil. Ela assinala que um dos princípios constitutivos das subjetividades no Brasil seria o antropofágico:

engolir o outro, sobretudo o outro admirado, de forma que partículas do universo desse outro se misturem às que já povoam a subjetividade do antropófago e, na invisível química dessa mistura, se produza uma verdadeira transmutação. Constituídos por esse princípio, os brasileiros seriam, em última instância, aquilo que os separa incessantemente de si mesmos. Em suma, a antropogafia é todo o contrário de uma imagem identitária (p. 2).

No caso da Ergologia, já os franceses alimentaram-se de Oddone e parceiros do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (MOI), que já se alimentavam de brasileiros como Paulo Freire. Como reconhecia Cornu (1997), *os vizinhos também sabem das coisas*. Essa é a lógica, extrair do que se devora novos sabores, novas essências, tonificando-nos para superar os velhos debates e enfrentar os novos embates que ainda estão por vir. Enfim, essa sinergia que vimos buscando (ATHAYDE et al., 2001) poderá certamente ter continuidade entre os leitores desse texto de tese.

Em decorrência das questões surgidas ao longo deste itinerário, propomos os objetivos desta tese:

⁴ Não só franceses, considerando, por exemplo, o africano Abdallah Nouroudine.

Objetivo geral:

Analisar a dimensão gestonária do trabalho em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde - um Centro Municipal de Saúde - sob o ponto de vista da atividade, discutindo-se a viabilidade do exercício de uma gerência baseada nos princípios propostos pela Ergologia, uma *ergogestão*.

Objetivos específicos:

- 1) Analisar o trabalho em um Centro Municipal de Saúde, a partir do ponto de vista da atividade;
- 2) Investigar em que medida a proposição/implantação pela gerência de uma modalidade de gestão orientada pela perspectiva ergológica, privilegiando o ponto de vista da atividade, pode promover transformações positivas no cotidiano da Unidade;
- 3) Identificar as principais dificuldades e recursos para a atividade de trabalho neste campo e explorar os efeitos daí emergentes para a compreensão de sua complexidade;
- 4) Identificar a produção de “saberes da prática” e estratégias elaboradas pelos trabalhadores e coletivos de trabalho no curso das situações de trabalho;
- 5) Investigar as modalidades de circulação destes saberes, na relação com os saberes técnico-científicos;
- 6) Analisar os processos de mobilização e desenvolvimento de competências em uma Unidade de Atenção Básica.

Em busca desses objetivos percorremos o seguinte itinerário ao longo desta tese:

O primeiro capítulo discorre sobre a emergência do Sistema Único de Saúde e como este se encontra na atualidade, situando-o como o campo de análise sobre o qual a tese se debruça. Discute-se a Gestão em Saúde tanto em uma perspectiva mais abrangente (macro) como num plano micro, do cotidiano prático, tendo por base as proposições de alguns dos principais autores sobre o tema e a discussão a respeito de algumas estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e a Estratégia Saúde da Família.

O segundo expõe as ferramentas teóricas que entendemos serem as que se apresentam na atualidade como as mais potentes na direção de um outro modo de pensar-agir a gestão do trabalho, que busque compreendê-lo/transformando-o. Mobilizamos aqui, orientados pela perspectiva ergológica, a Ergonomia da Atividade, a Psicopatologia/Psicodinâmica do Trabalho, o Modelo Operário Italiano de luta pela saúde, a Clínica da Atividade, assim como o ‘modelo’ de competência e de relação de serviço, procurando dar realce aos seus principais conceitos, noções, contribuições e críticas. Verificamos que, por se coadunarem com essa caixa de ferramentas, outras abordagens teóricas puderam enriquecê-la. Foi o caso do pensamento de Paulo Freire e das idéias desenvolvidas por D. W. Winnicott no campo da Psicanálise e de Humberto Maturana na área da Biologia do Conhecimento.

O terceiro capítulo contempla a discussão metodológica, através da qual se procura justificar a escolha da configuração do dispositivo dinâmico de três pólos que se denomina “Encontros sobre o Trabalho”, das abordagens, métodos e técnicas que consideramos coerentes para o desenvolvimento da pesquisa, como encaminhamentos que se encontram na tradição da pesquisa-intervenção e da pesquisa etnográfica.

No capítulo quatro discute-se, com base nas contribuições dos principais autores sobre o tema do Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde, como desenvolver ferramentas e estratégias gerenciais que possam oferecer pistas para o que se denomina uma *ergogestão* nesse campo.

O capítulo cinco apresenta o *território* onde se situa a Unidade de Saúde pesquisada, caracterizando-a. Cuida da análise dos materiais gerados na pesquisa através dos dispositivos técnico-metodológicos utilizados, buscando colocar em foco as formas como o coletivo pesquisado faz a gestão de seu trabalho e como se procurou desenvolver dado modo de gerenciamento orientado pela perspectiva ergológica, uma *ergogestão*.

As considerações finais apontam para as contribuições e limitações desta tese, com todo o inacabamento e (in)conclusões que apresenta, quiçá abrindo possibilidades para novos estudos neste sentido.

Acreditamos que a maior contribuição que esta tese possa oferecer para a comunidade científica e para todos aqueles que se interessem pelas questões relativas ao trabalho humano, principalmente no campo da Saúde, seja a constatação de que as parcerias e encontros entre diferentes saberes – presentes nas disciplinas científicas (em suas diferentes abordagens) e nas práticas dos protagonistas da atividade – podem ser frutíferos e heurísticos para a compreensão da atividade humana de trabalho e seu desenvolvimento, seu devir, sua transformação.

Ao afirmarmos a necessidade de assumirmos os riscos e desafios de uma postura *ergogestionária* nesse campo estamos também admitindo que esse é um caminho repleto de sabores e dissabores, mas fundamentalmente promissor, capaz de transformações.

CAPÍTULO 1

GESTÃO EM SAÚDE: RELAÇÕES ENTRE O MACRO E O MICRO NA ÓTICA DE ALGUNS DOS PRINCIPAIS AUTORES SOBRE O TEMA

Diz o texto da Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Seria essa uma falsa promessa, uma utopia ou uma realidade que vem sendo construída a duras penas?

Parcela considerável da população - incluídos aí diversos pesquisadores e servidores públicos - partilham da opinião de que o SUS pode significar a resposta adequada aos problemas de saúde de nosso país, não obstante a ineficiência, a ineficácia, a iniquidade e a insatisfação pública sejam dimensões do que se costuma denominar a crise da saúde do Brasil (MENDES, 1999).

Recorreremos a alguns autores para que o leitor perceba como esse tema vem sendo discutido. Para os objetivos desta tese vou ater-me ao que considero ser um período de grande efervescência de um debate que originou profundas mudanças no sistema público de saúde brasileiro, qual seja, aquele compreendido entre o final da década de 1970 e os dias atuais.

1.1 - O campo de análise

Na análise do sistema público de saúde do Brasil, verificamos que até a década de 1970 havia uma divisão entre as ações e serviços de saúde pública (a cargo do Ministério da Saúde - MS) e as ações e serviços de assistência médica (sob a responsabilidade do então Instituto Nacional de Previdência Social - INPS).

As ações de saúde pública eram fundamentalmente financiadas com recursos dos impostos e as ações assistenciais eram financiadas em sua maioria com recursos da Previdência Social que vinham da contribuição das empresas e seus empregados. As ações de saúde pública eram oferecidas gratuitamente (vacinação,

vigilância epidemiológica, tratamento de doenças consideradas problemas de saúde pública, como, por exemplo, tuberculose e hanseníase).

As demais ações de assistência à saúde (consultas médicas, internações, assistência médica em geral) só eram acessíveis àqueles que podiam pagar do próprio bolso ou àqueles trabalhadores e seus dependentes vinculados ao regime da Previdência Social (“trabalhadores com carteira assinada”). Desse modo, grande parte da assistência médica era vinculada à Previdência Social. Muitos brasileiros (principalmente os desempregados e subempregados do campo da “informalidade”), no entanto, não tinham acesso aos serviços de saúde. Até a década de 70, apenas as ações de saúde pública eram consideradas direito de todos.

Esse quadro gerava indignação de alguns setores e disposição de luta pela transformação da saúde no Brasil.

Nesse contexto apresentava-se tanto um questionamento a respeito da qualidade dos serviços prestados - já que eles eram remunerados pela quantidade de procedimentos, sem critérios de avaliação de sua eficácia – quanto uma crise política, representada pelo descontentamento de representantes de diversos setores (prestadores de serviços de saúde privados, médicos e trabalhadores de saúde) em relação ao baixo investimento e contenção de despesas em saúde pelo Estado.

A partir dessa época a luta por reformas que garantissem o direito à saúde começou a ganhar corpo.

No início da década de 80 o quadro começa a mudar, não só por conta da intensificação das lutas, mas também devido à necessidade de enfrentar a chamada “crise da previdência”, causada principalmente pela diminuição do número de pessoas empregadas devido à crise econômica (embora viesse do início dos anos 70, só então se manifestava no Brasil) e à desaleceração da economia, além dos problemas de caixa ligados ao Funrural (e o Prorural, criado pelo governo militar em 1971).

Para enfrentar essa crise o governo constituiu grupos de trabalho, dentre os quais o CONASP, um exemplo de como o governo passa a dirigir sua atenção para “projetos, programas ou planos que abarcassem tanto a multiplicidade de interesses envolvidos na política de saúde como a reorganização do sistema de saúde de forma mais viável do ponto de vista do financiamento” (SILVA, 2006, p. 59).

1.1.1 - As condições em que emerge o Sistema Único de Saúde (SUS)

Foi ainda na década de 70 que o governo militar resolveu ‘subdividir’ o INPS, criando o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) para lidar com as arrecadações, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para ficar responsável pela assistência médica, mantendo no INPS apenas a função de cuidar das aposentadorias e pensões.

Como essa subdivisão não foi suficiente para sanar os problemas de arrecadação, oferta e controle da prestação de serviços, o principal objetivo do CONASP era então o de buscar a racionalização dos gastos da Previdência. Para tal esse grupo de trabalho propôs ações com vistas a estabelecer normas e parâmetros para coibir fraudes e para que as ações e serviços prestados aos beneficiários fossem melhor planejados. Entre as sugestões de maior controle, o CONASP propôs a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) existente até os dias de hoje.

Como proposta de transformação mais profunda no sistema de saúde o CONASP apontou para uma nova forma de atuação para a Previdência, que pouco depois se tornaria uma estratégia de mudança do sistema de saúde: as Ações Integradas de Saúde (AIS). Implantadas em 1983 como um programa de atenção médica, as AIS adquiriram, a partir do ocaso do regime militar e do advento da chamada Nova República, um desenho estratégico de co-gestão, de desconcentração e de universalização da atenção à saúde. As AIS consistiam no seguinte: uma parte da verba do INAMPS era transferida, através de convênio, para estados e municípios que se comprometiam a construir Unidades de Saúde e financiar seu funcionamento, desde que oferecessem os serviços gratuitamente para todos os cidadãos, não só para os beneficiários da Previdência Social. Este foi o início da construção do direito integral à saúde.

Noronha e Levcovitz (1994) afirmam que a década de 80 produziu e presenciou transformações profundas no sistema de saúde brasileiro. Durante toda a década as políticas públicas traduziram a dinâmica de uma evolução centrada, nos seus primeiros cinco anos, na consolidação dos processos institucionais e na expansão da cobertura assistencial inaugurados em fins da década de 70, acompanhada por uma progressiva incorporação ao discurso oficial das bandeiras de luta da oposição e da produção teórico-acadêmica dos grupos progressistas do

setor saúde. No segundo quinquênio, coincidindo com o advento da Nova República, as políticas de saúde inauguraram movimentos de descentralização político-administrativa, com ampla reorganização jurídico-institucional.

Em meados da década de 80 mais da metade da população brasileira já podia ser atendida gratuitamente sem ter que comprovar qualquer vínculo de contribuição para a Previdência Social.

Em 1986, no auge do debate sobre a unificação entre o INAMPS e o Ministério da Saúde surgiram duas propostas:

- 1) transferir o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde;
- 2) descentralizar, reduzir a concentração de poder na cúpula do INAMPS, estabelecendo-se convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde. Proposta que teve forte apoio dos governadores e acabou vitoriosa.

Surgem a partir daí os sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS), ao qual todos os governos estaduais aderiram.

Com ele os recursos do INAMPS financiavam o atendimento do conjunto da população, e não apenas dos beneficiários. Houve uma nova expansão do direito à saúde no Brasil.

Ainda em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujos principais resultados foram levados à Assembléia Nacional Constituinte e incorporados ao texto da Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após a promulgação da Constituição de 1988, O INAMPS foi incorporado pelo Ministério da Saúde. Suas antigas atribuições foram reformuladas e passaram a ser exercidas pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS.

No texto constitucional é proposto um sistema de saúde único, em rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) descentralização;
- b) atendimento integral;
- c) participação da comunidade .

O Estado passa a ter a obrigação de implementar políticas que visem ao “acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação”.

No que tange a essas diretrizes e aos princípios que dela decorrem, pode-se dizer que sua aplicabilidade depende, em certa medida, da atitude dos (que se passou a denominar) “gestores” (os governantes, tomadores de decisão ou decisores), dos profissionais e dos usuários, pois o modo como os serviços se organizam pode promover ou dificultar essa aplicabilidade, conforme procurar-se-á demonstrar ao longo desta tese.

Em 1990 duas leis complementares vão regulamentar o que a Constituição preconiza a respeito do direito à saúde. Cabe ressaltar que essas leis, que regulamentam e aprofundam o modelo concreto de desenvolvimento do SUS, foram aprovadas não mais sob o impacto das concepções da Constituição Federal de 1988, mas sob forte influência da política social do governo Collor de Mello (NORONHA; LEVCOVITZ, 1994).

A Lei 8.080, de 1990 (ou Lei Orgânica da Saúde), “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Nela está fortemente presente uma tendência à descentralização, isto é, de que os municípios cada vez mais assumam a responsabilidade de prestar os serviços de saúde do SUS (municipalização).

A outra Lei, também de 1990, de nº 8.142, é a que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Ela estabeleceu duas instâncias, nas quais se dá a participação da população: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Além disso, traçou diretrizes para os repasses de recursos do governo federal para os estados e municípios.

Tomando para si a tarefa de conduzir o processo, o MS, através de sucessivas portarias, estabeleceu as regras específicas para a descentralização e para as transferências de recursos federais para as instâncias estaduais e municipais. Por conta disso costuma-se dizer que “o SUS foi sendo esculpido a golpes de portarias” (BRASIL, 2002).

Tais portarias traçavam as normas operacionais do SUS. As Normas Operacionais Básicas do SUS ficaram sendo conhecidas pela sigla NOB e identificadas pelos respectivos anos de formulação. Estas, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltaram, mais direta e

imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, com vistas a orientar a operacionalidade do Sistema. Posteriormente, o nome desse tipo de portaria mudou para Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

É na NOB-SUS/96 (BRASIL, 1997, p.7) que estão definidos tanto o significado como os campos da “atenção à saúde”⁵.

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar:

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Embora fossem regulamentadas pelo MS, as normas operacionais não eram produzidas unicamente por esse órgão. Elas sempre foram o resultado de discussão – em maior ou menor grau – com outros atores, entre os quais o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), os quais têm assento no Conselho Nacional de Saúde.

Outros fóruns de discussão são as Comissões Intergestores Bipartite e Comissões Intergestores Tripartite. Essas não são instâncias deliberativas, são apenas locais de discussão e de formação de acordos, os quais devem passar pelos Conselhos de Saúde (Nacional, no caso da Tripartite; Estaduais, no caso das Bipartites). Elas não contam com a participação popular.

Já nos Conselhos de Saúde, os representantes dos usuários detêm metade do poder de voto, sendo paritária sua formação: 50% para os usuários, 25% para os servidores e 25% para os chamados “gestores” no nível local.

⁵ Convém ressaltar que as ações de comunicação e de educação também compõem obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Aqui surge uma de nossas primeiras questões: quem pode ser considerado “gestor”, o que é gestão? Seria a gestão uma prerrogativa dos governantes, isto é, daqueles que estão em posição de conduzir as políticas públicas de saúde, de definir os critérios gerais da assistência à saúde, ou mesmo daqueles que ocupam cargos de gerência? Ou poderíamos pensar gestão como um conceito ampliado, extraído daí uma potencialidade analítica e transformadora? Ao trabalhar, também não precisam todos, em alguma medida, decidir, pesar, debater, valorar, enfim, gerir a atividade de trabalho? Quais são as competências necessárias para esse exercício? Com quantos gestos se faz uma gestão?

É ainda na NOB-SUS/96 (BRASIL, 1997) que encontramos as definições de dois termos fundamentais: gestão e gerência. A *gestão*, nesse documento normativo, é considerada como a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, considerados gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam respectivamente os governos municipais, estaduais e federal. Por sua vez, *gerência* aí significa a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema.

Embora possa ser entendida por alguns como uma definição meramente didática/burocrática, entendemos que temos aí presente uma conotação política, com importantes implicações na condução das políticas de gestão do trabalho em saúde.

Em vista da convicção ergológica de que “trabalhar é gerir” (SCHWARTZ, 1992) fica evidente que devemos nos distanciar criticamente de tal definição restritiva de gestão, já que pomos ênfase no ponto de vista da atividade, ressaltando a importância da gestão cotidiana operada, mesmo que no ínfimo, por cada trabalhador para dar conta de sua tarefa. Sem essa miríade de micro-gestão a preencher o fosso que distancia a tarefa prescrita da atividade de trabalho o SUS seria letra morta, não teria jamais saído do papel. Pois, se há a gestão do Sistema nos diversos níveis, também há a gestão das Unidades (hospitais, postos de saúde, institutos, etc.), a gestão dos setores, dos procedimentos, dos encontros cotidianos entre profissionais e usuários com toda a complexidade que aí está presente.

Na perspectiva da Ergologia, de uma Ergopsicologia (em nosso campo profissional), é desse fazer cotidiano que precisamos nos aproximar, para que seja possível deflagrar um processo de compreensão-transformação positiva do trabalho, confrontando as exigências societárias de produtividade & qualidade com as de saúde, segurança & confiabilidade. Conhecer as micro-gestões e também as alternativas gerenciais, as formas de gestão em que se reconheça o papel central dos profissionais e a importância dos usuários/pacientes/clientes/doentes⁶ na (co)produção e na (co)promoção da saúde. Assim, talvez possamos ter clareza das possibilidades e limites de um projeto de saúde e de sociedade, ainda em processo de construção, defendido por muitos, condenado por outros tantos, que divide opiniões, enfrenta crises, mas que inegavelmente tem sua importância em nossa sociedade e, por isso, merece ser objeto de investigação.

1.1.2 - Saúde, um contexto de crise?

A existência dos princípios e diretrizes do SUS na legislação constitucional e infraconstitucional não significa a garantia de sua aplicabilidade e seguimento em todas as instâncias. Mesmo após a implantação do SUS o modelo de assistência até então hegemônico – hospitalocêntrico, individualista, com baixa resolutividade e com utilização dos recursos tecnológicos de modo não racional – continuava a oferecer obstáculos para a concretização dos princípios do SUS, determinando um quadro que diversos autores (entre os quais, VIANA; DAL POZ, 1998; MENDES, 1999) denominaram de “crise da saúde”.

Para Mendes (1999) a crise da saúde não era naquele momento uma exclusividade do Brasil, nem apenas dos países ditos “em desenvolvimento”, era global e se manifestava nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública. A explicação da crise era feita, de modo

⁶ No campo da saúde tem havido intenso debate sobre qual seria a denominação mais adequada. Uns rejeitam o uso do termo *paciente*, por denotar passividade, paciência, submissão, dependência, o que pode ser pensado também para o termo *doente*, que ressaltaria mais o aspecto patológico do que a capacidade de recuperação. Outros refutam a idéia de se usar o vocábulo *cliente*, pois remeteria a uma relação comercial, de pagamento por um serviço prestado. Alegam que os serviços do SUS são gratuitos e, além disso, a palavra *cliente* não contemplaria a riqueza contida no “objeto” do trabalho em saúde. O termo *usuário* tem sido bastante utilizado atualmente, contudo, sem que haja consenso. Veremos que, dos autores citados nesta tese, alguns optam por utilizar apenas um desses termos e outros utilizam mais de um, livremente. No que concerne ao processo de construção textual desta tese, optou-se por fazer uso de todas essas palavras livremente, de acordo com o contexto em que sejam necessárias e com a ênfase pretendida.

diferente, por três correntes de pensamento distintas: a incrementalista, a racionalista e a estruturalista.

Para os adeptos do incrementalismo a crise da saúde decorreria do baixo nível de recursos investidos no setor. Essa era uma concepção muito forte no Brasil, onde a discussão sobre a crise estava concentrada na insuficiência dos recursos para a saúde e na necessidade de incrementá-los significativamente. Polemizando com essa tese o autor afirma que ela carece ser melhor fundamentada e indaga: “gasta-se pouco em relação a quê?” (p. 165) e “qual o retorno dos gastos em saúde para o país?” (p. 167).

A ‘opinião pública’ (incluídos aí os profissionais da imprensa, os ‘formadores de opinião’, os economistas, políticos profissionais e, até mesmo, os profissionais da saúde) tem apregoado que os recursos da saúde são mal gastos, sujeitos a desvios, fraudes e desperdícios e com pouco impacto na melhoria da qualidade de vida da população. Pergunta-se: onde isso ocorre, o simples aumento de recursos seria suficiente para resolver a maioria dos problemas de saúde? Pois, de acordo com Mendes, em boa parte dos municípios brasileiros os gastos em saúde situam-se em valores próximos a 15% do orçamento, conforme determina a legislação e, mesmo assim, os gastos em saúde têm tido baixo impacto sanitário. Uma hipótese explicativa consideraria que os gastos tendem a se concentrar na atenção médica secundária e terciária com prejuízo na estruturação da atenção primária em saúde. Tal padrão derivaria da forma como se conformou, a partir da metade dos anos 60, o modelo médico-assistencial privatista que privilegiava a atenção hospitalar e ambulatorial especializada, concentrada, principalmente nos grandes centros urbanos.

Para a corrente racionalista a crise deriva das ineficiências internas do setor, sendo preciso canalizar esforços para a procura sistemática de formas mais eficientes de produção, de eliminação de consumo desnecessário e de seleção de bens e serviços de maior utilidade para a sociedade, diminuindo os custos sem impactos negativos nos níveis de saúde e aumentando a eficiência sem prejuízo da eficácia e da efetividade das ações desenvolvidas. Para Mendes essa perspectiva de reforma setorial é guiada pelo discurso economicista e traz em seu bojo o risco

de que a política sanitária se reduza a uma questão econômica, convertendo-se o controle de custos na meta principal da planificação e do esforço político na saúde.

A terceira corrente explicativa, a qual se filia Mendes, é a estruturalista. Ela pressupõe que a crise tem uma determinação estrutural que decorre da impossibilidade de conciliar, nos marcos da prática sanitária hegemônica, o conflito entre as forças expansivas do sistema de saúde (a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a urbanização, a incorporação tecnológica, o incremento da força de trabalho e o corporativismo empresarial e profissional) com seus mecanismos de controle, expressos, fundamentalmente, nas estratégias de contenção dos custos do sistema de saúde.

O autor explana sobre cada uma das forças expansivas citadas. Em primeiro lugar, a *transição demográfica* produz mudanças na estrutura etária da população, tendo reflexos na redução das taxas de mortalidade e de fecundidade o que resulta na diminuição da proporção de menores de quinze anos e no aumento relativo dos maiores de sessenta e cinco anos. Isso tem forte implicação nas despesas do sistema de saúde.

A *acumulação epidemiológica* – termo que o autor prefere, já que a transição epidemiológica nos países em desenvolvimento não se dá por etapas seqüenciais, como nos países ricos – se caracteriza pelos seguintes atributos: superposição de etapas e um quadro epidemiológico de extrema complexidade, como no caso do Brasil, onde mais de 50% da mortalidade já se deve a doenças do aparelho circulatório e a causas externas. Enquanto isso perduram doenças infecciosas e desnutrição e ressurgem ou intensificam-se o dengue⁷ e a cólera e cresce a AIDS.

A *medicalização* de crescentes áreas de comportamento, convertendo certos problemas em doenças contribui para obscurecer a determinação última do processo saúde-enfermidade. Diz o autor (p. 23),

O processo de medicalização tem de ver com uma dupla tendência convergente: a complexificação da vida cotidiana com a ampliação do campo dos “desvios” e o desenvolvimento da profissionalização médica que reforça sua identidade e poder profissional, legitimando e normalizando esses desvios. Daí resulta um processo de medicalização de todos os padecimentos, desumanizando-os, dessocializando-os e

⁷ Mal que assola o Rio de Janeiro e outros estados todos os anos e, enquanto as autoridades discutem de quem é a responsabilidade e se acusam mutuamente, diversas mortes evitáveis acontecem.

convertendo-os em patologias e, o que é pior, levando à ilusão de que se pode obter saúde mediante a eliminação das doenças. Do ponto de vista do sistema isso vai significar, sempre e descontroladamente, mais e mais oferta e mais e mais demanda por serviços médicos. Oferta e demanda por serviços médicos que vão, reciprocamente, potencializando-se.

A *urbanização* tem sido fator determinante na mudança do perfil epidemiológico e da situação de saúde, especialmente nas grandes cidades. Isso tem acentuado velhos problemas e criado novos e de extrema complexidade, para os quais não há muita experiência, tal como o caso da violência.

A *incorporação tecnológica* descontrolada constitui para o autor um dos fatores principais da “inflação médica”, isto é, a tendência de os serviços médicos aumentarem seus preços acima dos índices gerais de preço da economia. A tecnologia biomédica apresenta características que lhes são peculiares. As principais são: ela não é substitutiva, como em outros setores, e sim acumulativa, isto é, as novas tecnologias não substituem as antigas, somam-se a elas. Por exemplo, o advento do tomógrafo não eliminou o uso do aparelho de raios-X. Além disso, a tecnologia biomédica conta com mão-de-obra intensiva e difunde-se com extrema rapidez, embora boa parte dela seja incorporada sem comprovação de sua eficácia.

O *incremento da força de trabalho* dá-se porque o setor Saúde requisita mão-de-obra intensiva. Conseqüentemente há uma tendência à expansão da força de trabalho. No entanto, a formação de profissionais está subordinada à existência de um mercado educacional, que tem se expandido e se tornado cada vez mais privado, o que acaba criando uma pressão pela incorporação desses profissionais sem que haja uma análise minuciosa das reais necessidades do sistema de saúde.

Por fim, no que concerne ao *corporativismo empresarial e profissional* há de se considerar que o primeiro - expresso no que se convencionou chamar de “indústria da saúde” - tende a pressionar o sistema para obter maiores lucros, independentemente das necessidades sociais de saúde.

Quanto ao *corporativismo profissional*, este se estrutura mediante a criação e o controle dos mercados de serviços profissionais, especialmente médicos, e da

mobilidade social coletiva. As corporações profissionais transformam-se em grupos de interesses ou de pressão permanente tendo grande peso relativo na conformação das políticas de saúde⁸.

Frente às forças expansivas do sistema de atenção médica vigente acima descritas, os mecanismos de controle, expressos nas estratégias de contenção de custos, têm se mostrado ineficazes. Não obstante, no entender dos racionalistas o sistema pode ser controlado por meio das estratégias de contenção de custos, independentemente de mudança no modelo médico hegemônico. Diferentemente, numa concepção estruturalista:

O desequilíbrio estrutural entre as forças expansivas e as estratégias de contenção de custos constitui o cerne da crise da saúde que não pode ser considerada, nem na sua exclusiva dimensão econômica, nem como fenômeno estritamente ético. Essa não é uma crise conjuntural pois se inscreve na ordem de um processo auto-reprodutivo de uma singular concepção e prática de sistema de saúde. É, portanto, uma crise estrutural que só poderá ser resolvida mediante a transformação da prática sanitária vigente (MENDES, 1999, p. 26).

Mendes sublinha que a visão estruturalista não deve anular a necessidade de uma racionalização do sistema de saúde, medidas que o tornem mais eficaz e mais eficiente. Salienta que é mesmo imprescindível dar maior eficiência ao sistema e, para isso, muitas sugestões dos racionalistas devem ser incorporadas. Assim, a racionalização impõe-se em um processo de reforma, mas subordinada à superação dos determinantes estruturais da crise.

Numa concepção estruturalista, a crise da saúde é uma expressão fenomênica de causas mais profundas que têm raiz no modelo de atenção médica vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano, o qual se consolida pelas recomendações do famoso *Relatório Flexner*, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, tendo recebido das fundações privadas americanas, para sua

⁸ Nos primeiros meses do ano de 2008 pudemos acompanhar pela imprensa, em plena epidemia de dengue que assolava o estado do Rio de Janeiro, a campanha do Conselho Regional de Medicina do estado, procurando pressionar as autoridades para que concedessem aumentos salariais e melhorias nas condições de trabalho para os seus representados, valendo-se de slogans como “Quanto vale o médico” e “O médico vale muito”. Essa estratégia recebeu críticas dentro do próprio segmento, por ocasião das eleições para representantes do Conselho. Voltaremos a isso mais adiante, quando fizermos menção ao que, em Ergologia, se denomina “debate de valores”.

implementação, no período de 1910 a 1930, aproximadamente 300 milhões de dólares.

No entender de Mendes, o paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica, já que se expressa por meio de um conjunto de elementos que coexistem, se complementam e se potenciam e que são: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação, e o curativismo.

Entendendo paradigma como conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica, o autor propõe, para superar o paradigma flexneriano, um novo paradigma, o da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que diz que salvo a natureza intocada, tudo o que existe é produto da ação humana na sociedade. Esse novo paradigma deverá permitir dar conta da saúde vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda da saúde. O estado de saúde aqui é entendido como algo em permanente transformação, porque passível de acumulação e desacumulação. A saúde como expressão da qualidade de vida.

Embora o incremento da eficiência gerencial e a racionalização do sistema traga consigo uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, isso não significa, necessariamente, a mudança do modelo de atenção. O autor defende que é necessária uma mudança radical, de natureza estrutural, nos sistemas de saúde, diferenciando a sua proposta daquela dos racionalistas.

A construção de um novo sistema de saúde, com base nas propostas estruturalistas, exige mudanças no paradigma sanitário, mas também na concepção do processo saúde-doença e na prática sanitária.

No que diz respeito à mudança da concepção do processo saúde-doença vê-se que há dois tipos de perspectivas, uma negativa, de maior vinculação com as

doenças e a morte; e outra positiva, mais vinculada à qualidade de vida da população, como um produto social.

Na primeira perspectiva a saúde é entendida ou representada como a ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida, com oferta de ações preventivas e curativo-reabilitadoras. Há o predomínio do pensamento clínico, o que leva a modelos explicativos restritos ao estudo das relações entre uma ou várias “causas” e entre um ou vários “efeitos”. As limitações dessa concepção se evidenciam à medida que há queda na incidência das doenças transmissíveis, aumenta a expectativa de vida e as doenças crônicas e as causas externas vão se intensificando.

Surgem, então, novas concepções de saúde, de aproximações positivas, que articulam saúde com condições de vida.

Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. (MENDES, 1999, p. 237, aspas do autor⁹).

Diferentemente da idéia de saúde postulada desde 07 de abril de 1948 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que a considera, idealmente, como um estado normal de completo “bem-estar físico, psicológico e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”, Mendes aproxima-se mais de uma concepção de saúde em conformidade com a proposta na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986:

Em sentido amplo a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, de certo modo, a concepção de saúde presente em Mendes pode ter aproximações positivas com aquela proposta por Canguilhem (1943/1990), na qual a saúde é entendida por referência à possibilidade de enfrentar situações novas, pela margem de tolerância que cada um possui para lidar com as

⁹ Mendes faz uso do conceito (“modos de andar a vida”) usado por Ana Maria Tambellini (1976) em sua tese de doutorado na Unicamp, a propósito dos acidentes de trânsito.

infidelidades do meio. Então, o que caracterizaria a saúde seria a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Segundo Caponi (1997, p. 229) referir-se à saúde, conforme a definição da OMS, como um estado de “completo bem estar” é reconhecer como “saudável” tudo aquilo que é valorizado por uma sociedade em um dado momento histórico e excluir como patológico tudo o que é considerado indesejado nas mesmas condições.

Borges (2006) acrescenta que Georges Canguilhem, ao estudar a saúde também como objeto de problematização filosófica, examinou a oposição normal/patológico nas ciências biomédicas. Para ele,

Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. (CANGUILHEM, 1943/1990, p.158).

Pensar a saúde como a capacidade que os humanos possuem de instaurar novas normas – capacidade normativa – é se afastar de uma série de outras concepções, sejam elas com pretensões científicas ou do senso comum, tais como: a idéia de saúde como equilíbrio ou capacidade adaptativa; a crença de que o meio se impõe aos humanos, que devem apenas buscar se adaptar; a conformidade a alguns “ideais” de saúde como o dos atletas, por exemplo.

Se podemos falar em homem normal, determinado pelo fisiologista, é porque existem homens normativos, homens para quem é normal romper as normas e criar novas normas (CANGUILHEM 1943/1990, p.130).

O ponto de partida de Canguilhem para sua concepção de saúde contradiz a noção de bem-estar estabelecida pela OMS na medida em que, para ele, os erros, os fracassos, os acidentes – as “infidelidades do meio”- fazem parte da história dos humanos, sendo saudável a disposição e a capacidade para enfrentá-los.

Pelo fato do ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história. A vida não é, portanto, para o indivíduo, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas (CANGUILHEM, 1943/1990, p.160).

Esta concepção de vida e saúde presente em Canguilhem, afirmadora do movimento e não da pura estabilidade, apresenta, conforme assinalado por Borges (2006), dois aspectos fundamentais. O primeiro deles é a concepção de homem como “o animal que, por meio da técnica, consegue variar, no próprio local, o ambiente de sua atividade”. Ou ainda, a do ser humano como a “única espécie capaz de variação” (CANGUILHEM, 1943/1990, p.142).

Outro aspecto importante contido nessa concepção é a valorização da experiência como critério importante para se pensar a questão da saúde:

Achamos que a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula (CANGUILHEM, 1943/1990, p.160).

Se os humanos apresentam uma poderosa capacidade normativa de intervir no meio (interno e externo) na busca pela saúde é porque ela não é algo que vem de fora, nem é assunto apenas para especialistas. Saúde é, antes de mais nada, algo para ser falado e compreendido na primeira pessoa do singular pois cada humano vive a experiência do seu processo saúde-doença assim como do processo de trabalho em que está investido.

Não se pode dispensar ou substituir aquele que vive a experiência por alguém de fora, exterior à experiência. A contribuição das ciências, nesse caso, é imprescindível, necessária, mas não suficiente (BRITO; ATHAYDE; NEVES, 2003, p.27).

Esses dois aspectos são fundamentais para que se compreenda o problema desta tese e serão desenvolvidos mais adiante, tendo como foco a atividade de trabalho, numa perspectiva ergológica.

Mendes (1999) frisa que uma concepção ampliada¹⁰ do processo saúde-doença está presente na Constituição Federal do Brasil (Art. 196), onde também está indicado que a saúde da população, como direito constitucional, deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

¹⁰ Ainda que não-canguilhemiana.

No que concerne à prática sanitária, o autor (p. 241) a define como

a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde.

O paradigma flexneriano, baseado numa concepção de saúde como ausência de doença, estrutura uma resposta social sob a forma da prática da atenção médica, que visa a oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde - entenda-se, serviços médicos - ofertados individualmente e destinados a tratar ou reabilitar doentes por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologias¹¹. O objetivo da ciência médica seria, então, sob essa ótica, estudar por métodos científicos, os fenômenos patológicos a fim de compreender o funcionamento normal do organismo e de estabelecer uma terapêutica racional.

Desse modo essa prática sanitária dissocia a clínica da epidemiologia, pois sua lógica é a de que o sistema de saúde responderia aos problemas sanitários da população, sanando as conseqüências das perdas de estado de saúde, mediante ofertas de serviços de atenção médica. Para o autor, tal lógica não encontra respaldo empírico, porque mais serviços médicos não redundam necessariamente em mais saúde. Considerando diversos motivos (mecanização da relação médico/paciente; hostilidade crescente na relação profissional de saúde/usuário; o fato de a população vir crescentemente recorrendo a práticas de saúde alternativas) Mendes conclui que o modelo de atenção médica é pobre na arte de curar e propõe a construção social de uma nova prática sanitária, a qual denomina de vigilância da saúde.

A vigilância da saúde seria algo que, em busca de atuação racional para enfrentar coletivamente problemas de saúde, transcende, em muito, a mera articulação entre as vigilâncias sanitária e epidemiológica. Significa uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial. Suas estratégias de intervenção resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

¹¹ Entendemos que aqui o autor se refere às tecnologias no sentido que Merhy (1999) utiliza ao se referir às "tecnologias duras" (ver pág. 156 desta tese).

A promoção da saúde deve considerar o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, além das relações entre educação e saúde, em suma, como a definiu a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), seria a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

A prevenção das doenças e dos acidentes, representada por um conjunto de ações que procuram antecipar-se a esses eventos, atuando sobre problemas específicos ou sobre um grupo deles, pode estar focalizada para indivíduos, para grupos sociais ou para a sociedade em geral. A prevenção, dentro da prática da vigilância da saúde não se confunde com o preventivismo, este identificado com o “modelo médico” e, portanto, incapaz de impactar o estado de saúde por não atuar sobre os determinantes políticos e sociais.

A atenção curativa está representada pelas intervenções fundamentalmente dirigidas a indivíduos, mas que também podem estar orientadas para grupos humanos. Essas intervenções são destinadas para a cura ou cuidado de doentes, prolongamento da vida, redução do sofrimento e para a reabilitação.

Assim, os três tipos de ação citadas deverão ser combinadas, de forma ótima, eficiente e eficaz para lidar com um problema de saúde, através de estratégias de intervenção baseadas na vigilância da saúde como prática sanitária. E essa nova prática sanitária proposta, para sua construção, deverá estar sustentada por três pilares básicos: o *território*, os *problemas de saúde* e a *intersectorialidade*.

Devemos assinalar que o conceito de *território* foi utilizado com muito vigor em experiências da política de reforma sanitária italiana, tendo sido desenvolvido de modo bastante interessante no Brasil, notadamente pelo geógrafo Milton Santos, autor cuja importância e influência são reconhecidas por Mendes. Assinalamos também o uso feito por Deleuze e Guattari (1998), especialmente Guattari (1987, 1988, GUATTARI; ROLNIK, 1986), dos conceitos de território, e os processos de *desterritorialização/reterritorialização*, de rico uso em Análise Institucional. A palavra *território* pode referir-se a terreno, espaço físico, localidade. Porém, o contexto em que será tratado não se restringe simplesmente a um local geográfico. A marcação

de um território é o ato que se faz expressivo, “componentes do meio tornados qualitativos” (DELEUZE; GUATTARI, 1998, v.4, p. 122). Na obra de Deleuze e Guattari possui um valor existencial, delimita o espaço de dentro e o de fora, marca as distâncias entre Eu e o Outro. Estabelece propriedade, apropriação, posse, domínio, identidade. *Territorializar* é delimitar o lugar seguro da casa que nos protege do caos. Por outro lado, *desterritorializar* é sair de um espaço delimitado, romper as barreiras da identidade, do domínio e da casa. Existe uma dinâmica implícita, onde os conceitos estão ligados em si. “Um território está sempre em vias de desterritorialização, ao menos potencial, em vias de passar a outros agenciamentos, mesmo que o outro agenciamento opere uma reterritorialização” (Ibid., p.137). A síntese dessa dinâmica é o conceito de *ritornelo* que os autores tomam emprestado da música para poder pensar melhor tal fenômeno, que não pertence ao campo musical.

A noção de território se entende aqui em um sentido muito amplo, que desborda o uso que recebe em Etologia e em Etnologia. O território pode ser relativo a um espaço vivido, assim como a um sistema percebido, em cujo seio um sujeito se sente “em sua casa”. É sinônimo de apropriação, de subjetivação encerrada em si mesma. Pode *desterritorializar-se*, ou seja: abrir-se e empreender linhas de fuga e inclusive desmoronar-se e destruir-se. A *desterritorialização* consistirá em uma tentativa de recomposição de um território empenhado em um processo de *reterritorialização*. O capitalismo é um bom exemplo de sistema permanente de *desterritorialização*: as classes capitalistas tentam constantemente “recuperar” os processos de *desterritorialização* na ordem da produção e das relações sociais.

A concepção de *território*, coerente com a prática da vigilância da saúde, considera-o como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social. Trata-se de uma concepção de território-processo – o lugar da vida – que transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas, posto que é, ademais, território econômico, político, cultural e sanitário. Deverá ser esquadrihado, de modo a configurar determinada realidade da saúde, sempre dinâmica, por conta do movimento do conjunto da sociedade e suas relações sociais, econômicas e políticas.

Sendo assim, Mendes (1999, p. 249) vai entender um *problema de saúde* como “a representação social de necessidades sanitárias, derivadas de condições

de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída”.

A opção teórico-metodológica da prática da Vigilância em Saúde é a de trabalhar com o enfoque por problema como alternativa à forma convencional de organização dos Serviços de Saúde que é o enfoque por Programas. Os Programas, pela sua formatação reducionista, abordam os problemas de saúde como microproblemas, seja por doenças, por etapas do ciclo da vida, por atividades sanitárias, por inserção no mercado de trabalho ou, ainda, por grupos étnicos. Tais esquadrinhamentos, além de idealizados e evados de corporativismo (as chamadas “caixas pretas” programáticas), não dão conta de responder aos desafios de uma realidade articulada por problemas complexos e mal-estruturados.

O enfoque por problemas busca identificar, descrever e explicar os macroproblemas de saúde contidos em um dado território, articulando, mediante a vigilância da saúde, um conjunto de operações intersetoriais, destinadas a resolvê-los, tendo presente a disponibilidade real de recursos existentes nesse território. Não se procura partir de posições apriorísticas, mas de uma leitura enraizada socialmente, compartilhada por técnicos e população, o que facilitaria o desenvolvimento da consciência sanitária da população, que passaria a compreender os problemas que atingem seu território.

O terceiro pilar da Vigilância em Saúde é a *intersectorialidade*, a qual tem, no campo do fazer, significação semelhante à da interdisciplinaridade na construção do saber. A intersectorialidade requer a ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores, busca uma unidade do fazer, exige uma solidariedade entre distintos setores e se contrapõe a uma concepção fragmentária do mundo, a qual tem íntima relação com a divisão técnica do trabalho humano.

Numa visão macro, o paradigma da produção social da saúde e a prática da vigilância sanitária devem ser socialmente construídos, exigindo, em última instância, a mudança da ordem governativa nas cidades (*polis*). Para sua construção e materialidade na prática social Mendes (1999) propõe dois projetos estruturantes: a cidade saudável e o distrito sanitário. A apresentação detalhada desses projetos foge ao escopo desta tese, portanto, sugerimos ao leitor interessado em melhor

conhecê-los, a leitura da obra citada, além de um outro livro do autor (MENDES, 1995). Para os objetivos desta tese seria suficiente acrescentar que a cidade saudável é entendida como aquela em que todos os atores sociais orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade a fim de melhorar a qualidade de vida da população. É um movimento, um processo em permanente construção, um devir constante que articula as ações cotidianas do hoje procurando instituir uma nova ordem governativa na cidade, na qual a gestão social se contraponha à gestão médica, no que concerne ao quesito saúde.

O distrito sanitário, por sua vez, é proposto pelo autor como um espaço programático que rejeita uma estrutura burocrática muito formalizada, ao mesmo tempo em que representa um lugar democrático de negociação constante entre os diferentes atores sociais em situação no território-distrito. Organiza-se mediante a articulação de duas estratégias básicas: a Saúde da Família como estratégia de organização da atenção primária em saúde e o Consórcio de Saúde como estratégia de organização das atenções secundária e terciária. Dada a sua importância e capilaridade no Sistema de Saúde brasileiro consideramos necessário desenvolver aqui o primeiro tópico.

1.1.3 - A Saúde da Família como estratégia de organização da Atenção Primária de Saúde

O termo “atenção à saúde” remete:

tanto a processos históricos, políticos e culturais que expressam disputas por projetos no campo da saúde quanto à própria concepção de saúde sobre o objeto e os objetivos de suas ações e serviços, isto é, o que e como devem ser as ações e os serviços de saúde, assim como a quem se dirigem, sobre o que incidem e como se organizam para atingir seus objetivos (MATTA & MOROSINI, 2006b, p. 29).

Os níveis de atenção do Sistema de Saúde estão representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo (BRASIL, 1997) e são divididos em primário, secundário, terciário e “quaternário” (MENDES, 1999, p. 144), em função do grau de complexidade do cuidado inerente a cada um desses níveis.

A Atenção Básica estaria no nível primário, a Atenção de Média Complexidade no nível secundário e, por fim, nos níveis terciário e quaternário, a Atenção de Alta Complexidade. Esta seria uma estratégia de organização que visa a garantir a melhor utilização possível dos recursos disponíveis, tentando ao mesmo tempo estender ao máximo a cobertura dos serviços e controlar os gastos com assistência (BRASIL, 2002).

Convém ressaltar que está previsto na legislação do SUS que a distribuição de recursos e atribuição de prioridades deve resultar de um processo contínuo de negociação entre usuários, poder público, profissionais e organizações.

Mendes (1999) coloca em discussão a noção de complexidade tecnológica para definir os níveis de atenção em saúde, porque entende que é preciso questionar a idéia de que a atenção primária é de baixa complexidade tecnológica ¹².

Para o autor, um atendimento básico exige conhecimentos, habilidades e práticas de alta complexidade porque inscritas em distintos campos como o da Antropologia, da Psicologia Social, da Sociologia, da Economia, da Medicina, da Comunicação Social, da Educação, etc.

Situações cotidianas como, por exemplo, a aplicação de uma vacina ou uma consulta, podem se constituir em casos instrumentalmente simples e patologicamente mais fáceis, mas não deixam de envolver uma grande complexidade assistencial, com todas as dificuldades inerentes a esse encontro. Pudemos constatar, durante a realização da pesquisa de campo para esta tese, que até mesmo o atendimento em uma recepção reveste-se de tal complexidade que demanda conhecimentos e competências específicos e a construção e seguimento de regras de ofício que permitem uma melhor desenvoltura no trato com os usuários. Este tópico será exposto com mais detalhes no capítulo 5.

Podemos crer que seja por essas razões que Mendes prefira usar o termo densidade tecnológica ao invés do termo complexidade. Esse ponto de vista ajudaria

¹² Pode-se observar que essa 'cegueira' relativa à complexidade tecnológica de certos procedimentos, considerados equivocadamente como sendo simples, tem reflexos no aspecto relacional. Alguns usuários (e, até mesmo alguns profissionais) tendem a assumir atitudes diferentes em razão do tipo de atividade que cada profissional exerce e dos requisitos que considerariam definir o inerente grau de complexidade e importância de sua atividade (risco, dificuldade, formação e conhecimentos necessários para exercê-la, etc.). Não se pode atribuir tal fato somente a certa hegemonia do saber-poder médico (FOUCAULT, 1998, 2003; COSTA, 1989) e à divisão técnica e social do trabalho. Atitudes de menosprezo, desqualificação e até mesmo ofensas, dirigidas por usuários ou colegas de trabalho a determinadas categorias de trabalhadores da Saúde podem ser pensadas levando-se também em conta o grau de exposição e dependência (financeira, profissional, física e/ou psicológica) a que cada um se submete em relação ao outro e dos recursos de que o profissional dispõe para desenvolver suas competências e 'qualificar' o seu atendimento.

a compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e a complexidade tecnológica do trabalho em saúde.

O nível de atenção primária deve ter uma capacidade resolutiva coerente com a sua composição tecnológica. Quando esse nível de atenção for insuficiente tecnologicamente para atender aos problemas que transcendam sua capacidade resolutiva, dependerá de um nível de maior densidade tecnológica que lhe sirva de referência.

A Atenção Primária tem desempenhado papel de destaque nas reformas contemporâneas dos sistemas de saúde de diferentes países. A catalogação da atenção primária como doutrina veio dar-se na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata (no Cazaquistão, antiga União Soviética), sob os auspícios da OMS. A concepção ali presente era de que “os cuidados primários de saúde” seriam a grande saída para os problemas do setor.

Em 1979 a Assembléia Mundial da Saúde convocou todos os estados membros a definir e pôr em prática estratégias tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000 (SPT 2000)”. Em 1980 a OPAS aprovou, para as Américas, as estratégias para alcançar a SPT 2000.

No Brasil, a partir de 1994, a estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS é a denominada Saúde da Família. De acordo com Vanderlei (2005) o Programa de Saúde da Família (PSF), tem sua origem no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que já vinha sendo desenvolvido no Ceará e cujas raízes encontram-se nos pressupostos da Medicina Comunitária e, mais especificamente, no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O PSF passa a ser considerado pelo MS como o ponto chave do fortalecimento do SUS e apresentado como estratégia para reverter o modelo de assistência, através de novas práticas de atenção à saúde, procurando integrar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ações clínicas e ações coletivas de saúde (prevenção e promoção da saúde). Numa Unidade de Saúde da Família (USF) deve atuar uma equipe multiprofissional responsável por uma determinada população a ela vinculada.

A Atenção Básica deve se constituir no primeiro contato para a comunidade adstrita, se configurar como a porta de entrada para um sistema hierarquizado e regionalizado.

A Saúde da Família – referida como um modo de organização da atenção básica – deve poder realizar todas as ações inerentes a esse nível de atenção: prevenção, promoção da saúde, assistência e reabilitação. Sua diferença em relação ao modelo tradicional de organização da atenção básica dar-se-ia pelo modo pelo qual opera, isto é, pela forma: 1) como planeja e realiza suas ações de saúde; 2) em que se insere e se vincula a uma comunidade adstrita a um determinado território; 3) como lida com as diferentes necessidades e demandas (individuais e coletivas); 4) como acolhe, vigia e cuida dos cidadãos; 5) se antecipa ao aparecimento dos agravos à saúde; 6) interage e fomenta o desenvolvimento comunitário; e, 7) estimula e pauta toda sua atividade na realidade local, por meio da participação popular e controle social (FILHO, 2004).

A Saúde da Família tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção, buscando aprofundar os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, as quais são compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adstrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidas por equipe. No entanto, os desafios persistem (MATTA; MOROSINI, 2006a).

Na revisão bibliográfica que realizou para embasar sua pesquisa, Silva (2006) pôde identificar que diversos estudos acadêmicos e mesmo documentos oficiais do MS (contemplados até o ano de 2006) tiveram como foco de investigação o processo de trabalho no PSF. Alguns desses estudos apontavam, literalmente, para os problemas concernentes aos chamados “recursos humanos”, desde a precária formação destes, passando pela alta rotatividade e chegando até a apontar sua inadequação ao modelo de profissional proposto para atuar no PSF.

Começando por questionar o uso de um surrado jargão administrativo (“recursos humanos”) em uma proposta que se pretende inovadora e transformadora, Silva e Athayde (2008) colocam algumas outras questões em análise, quais sejam: por que se entende que os “recursos humanos” disponíveis e sua qualificação têm constituído um problema para o desenvolvimento bem sucedido

do PSF? Quais desafios, dificuldades e obstáculos vêm sendo colocados aos trabalhadores em sua atividade de trabalho? O que é necessário para se atingir os objetivos propostos pelo PSF? Quais estratégias vêm sendo operadas para o enfrentamento das variabilidades e dificuldades das atividades de trabalho em saúde, frente à pressão por resultados?

Diante de indagações tão pertinentes, podemos nos sentir incitados a acrescentar outras: ao se propor um “modelo” de atenção em saúde e o ideal de um profissional adaptado (com perfil) para nele atuar – “com conhecimentos, atitudes e habilidades adequados ao novo modelo” (BRASIL, 2003) não se estaria retornando às antigas proposições tayloristas? Mais uma vez não se estaria apregoando a ilusão de total controle do processo de trabalho, procurando adaptar o ser humano ao posto (de trabalho) ao invés de se procurar fazer o inverso? Os ergonomistas já nos demonstraram cientificamente as conseqüências nefastas dessas proposições. Outras Clínicas do Trabalho, desde a Psicopatologia do Trabalho até a Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica da Atividade assinalaram com rigor o quanto os impedimentos da atividade geram um alto custo psíquico, muitas vezes ainda maiores que a repetição e a intensificação “em si”.

Embora a expressão “Programa de Saúde da Família” ainda seja utilizada é cada vez mais enfatizado que a sua proposta não é a de funcionar de modo paralelo aos demais serviços, como tradicionalmente os Programas foram desenvolvidos pelo MS.

Mendes (1999) assinala que propor a atenção primária como programa seria reconhecer que a subcidadãos de regiões de segunda categoria devem ser ofertados serviços de saúde extremamente simplificados e limitados transformando-se, desse modo, de atenção primária em atenção primitiva. Ao se tratar a Saúde da Família como estratégia e não como um programa pretende-se que ela seja a base para o reordenamento não de todo o sistema de saúde, mas de seu nível de atenção primária. Em seu entender, trata-se de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). Vanderlei (2005, p. 28) assinala que ainda que as formas de implementação possam variar, Mendes “busca sublinhar o caráter estratégico da

proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde”.

Sem dúvida será necessário qualificar melhor o que se entende por Atenção Primária de Saúde orientada pela Estratégia de Saúde da Família. Em que situações ela ultrapassa a “atenção primitiva”, em que medida não é apenas mais um programa e, também, uma versão contemporânea da medicina simplificada, um projeto voltado para regiões e grupos sociais em situação de exclusão? E ainda, o quanto contribui para a compreensão e transformação do processo de trabalho em saúde, onde tem conseguido substituir e reestruturar o paradigma tradicional e instituir o paradigma da produção social de saúde?

Outros trabalhos acadêmicos dedicaram-se a discutir extensamente estes pontos, então, considero que não sendo o PSF o foco desta tese, por ora, é suficiente ficar por aqui. Resta apenas reiterar que a Estratégia de Saúde da Família consubstancia uma política nacional de saúde específica, orientada pelo Ministério da Saúde para todo o país, fundada na Atenção Primária. Como tal, muitos identificam nessa estratégia um potencial positivo de mudança e de ampliação da oferta de atendimento de saúde e outros apontam limitações a esta potencialidade, notadamente em relação à superação de dois dos principais desafios estratégicos do SUS, a garantia do acesso aos diferentes níveis de atenção e a *humanização*.

1.1.4 - Por que a Humanização tem sido encarada como um desafio do SUS?

Apesar das diversas iniciativas e da existência de um quadro legislativo considerado favorável às mudanças positivas em relação à qualificação e ampliação do acesso aos Serviços de Saúde (BRASIL, 1990a) e à maior participação e controle por parte da comunidade (BRASIL, 1990b), o SUS hoje ainda enfrenta:

- a) problemas atinentes ao processo de trabalho, às relações entre os diferentes profissionais, entre estes e os usuários e ainda, entre ambos e os governantes;
- b) desarticulação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e os sistemas de referência;

- c) precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a “dimensão subjetiva” nas práticas de atenção;
- d) Sistema Público de Saúde burocratizado e verticalizado. No modo predominante de funcionamento dos Serviços de Saúde observa-se pouca integração entre os diferentes trabalhos, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diferentes profissionais e uma tendência às ações gerenciais restritas aos aspectos burocrático-administrativos e às normas de funcionamento dos Serviços;
- e) baixo investimento na efetiva qualificação e competência dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- f) poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos “gestores”, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- g) desrespeito aos direitos dos usuários;
- h) formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da Política Pública de Saúde;
- i) controle social frágil dos processos de “atenção e gestão” do SUS;
- j) modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Como dito anteriormente, inúmeras iniciativas, nas três esferas de governo, têm sido empreendidas no intuito de reverter este quadro. Um exemplo já foi demonstrado aqui: a ampliação da *Estratégia Saúde da Família*. A proposição da *Política Nacional de Humanização* – PNH (BRASIL, 2004a; 2004b) representa outra dessas iniciativas que vêm sendo capitaneadas pelo MS.

Nas discussões que culminaram na proposição da Política Nacional de Humanização (PNH), em fevereiro de 2003, o MS procurou englobar as iniciativas já existentes, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, com o objetivo de potencializar e espalhar o conceito de *humanização* através de uma política transversal ao conjunto das práticas do SUS, preconizando que, para a construção de uma política de qualificação do SUS, a *humanização* deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas

um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos Serviços de Saúde, mas como uma “política” que opere transversalmente em toda a rede SUS.

Aponta-se que o risco de se tomar a *humanização* como mais um programa reside no fato de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, ações pautadas em índices a serem cumpridos e metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade. A *humanização* como uma das estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS pretende se estabelecer como construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde.

Em relatório (BRASIL, 2004b) que descreve as ações realizadas ao longo do ano de 2003 para a constituição da Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde (MS), através de sua Secretaria Executiva, relata que nos últimos anos desenvolveram-se no âmbito do Sistema Público de Saúde vários projetos ou programas no campo da humanização da atenção à saúde. Para o atual governo, tais projetos e programas constituíram-se como importantes contribuições para a sensibilização dos “gestores”, trabalhadores e usuários sobre questões relacionadas à humanização do atendimento, no entanto, essas iniciativas tinham caráter fragmentário, e, em geral, não mantinham articulação entre si.

Em fevereiro de 2003, a equipe de governo na Saúde propôs-se a construir uma Política Nacional de Humanização, procurando englobar as iniciativas já existentes, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, com o objetivo de potencializar e espalhar o conceito de *humanização* através de uma política transversal ao conjunto das práticas do SUS, acentuando a indissociabilidade entre o modelo de atenção e o modelo de gestão da saúde e afirmando que a *humanização* não deve ser reduzida a projetos isolados.

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão, do Sistema Único de Saúde (SUS), também chamada de HumanizaSUS, foi concebida para atuar de maneira transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde, sob a coordenação da Secretaria Executiva, cabendo às demais áreas do Ministério da Saúde o papel de garantir atuação integrada e integradora em relação ao SUS (BARROS; MORI; BASTOS, 2007, p. 99).

Com a realização da *Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização*, realizada nos dias 19 e 20 de novembro de 2003, na sede da OPAS, em Brasília, com participação de técnicos e “gestores” de todo o Brasil e de todas as áreas do MS – cujo relatório final (BRASIL, 2004a) sistematiza as discussões realizadas, contendo os resumos dos temas apresentados, a síntese dos trabalhos dos grupos e o marco teórico-político que embasa a PNH – e a divulgação das idéias de *humanização* na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o MS entendia que já no final de 2003 a PNH se apresentava como uma das prioridades políticas de governo. Prioridade porque, apesar de reconhecer os avanços acumulados, no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta inúmeros problemas, conforme relatado anteriormente.

1.1.5 - A propósito da (falta de) *atenção* nos Serviços Públicos de Saúde

De acordo com Deslandes (2004), o termo *humanização* vem sendo utilizado com freqüência no âmbito da saúde. Propostas de humanização da Saúde Pública têm estado em voga nos últimos anos.

Ainda na década de 1990, alguns modelos de assistência pautados em seus princípios, tais como os projetos Maternidade Segura e o Método Canguru foram amplamente apoiados pelo MS e pela OMS e considerados referência para a rede pública. O tema vai adquirindo relevância cada vez maior.

No ano 2000 o MS regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a *humanização* foi um dos temas incluídos na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde. No entanto, ainda assim têm se mantido alguns dos fatores que distanciam cada vez mais as práticas de atenção de uma ação dita *humanizada*. A fragmentação dos processos de trabalho, os entraves nas relações entre os profissionais de saúde e destes com os usuários, as freqüentes queixas dos usuários quanto à atenção (ou falta de atenção) que recebem, as dificuldades para que ocorra um efetivo trabalho de equipe e uma abordagem integral do doente, dificultam a consideração da chamada “dimensão subjetiva” tanto dos profissionais como dos usuários que acorrem aos diversos serviços.

Muito se tem propagado sobre a necessidade de se entender o homem como ser biopsicossocial, conforme é preconizado pela abordagem psicossomática e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, indagamos se isso seria suficiente, se teria suficiente valor heurístico, se ofereceria explicações e diretrizes de atuação para garantir um atendimento integral nos serviços de saúde aos usuários.

Caponi (1997), com base em Canguilhem, entende que a definição de saúde dada pela OMS e aquela que foi enunciada na VIII Conferência Nacional de Saúde, ambas por ela colocadas em análise, precisam ser revisadas. Numa linhagem vitalista, saúde implica muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio externo e não se restringe às questões ditas sociais. Portanto, não pode ser reduzida a um mero equilíbrio ou capacidade adaptativa, nem depende de que todas as carências sejam satisfeitas, deve sim ser pensada como a capacidade que possuímos de instaurar novas normas em situações que nos resultam adversas.

Conforme Sawaia (1995, p. 157), “saúde é um fenômeno complexo e não basta a ampliação do enfoque biológico, no sentido de abranger o psicológico e o social, como variáveis, para superar a dicotomia mente-corpo instalada por Descartes. Saúde é uma questão eminentemente sócio-histórica e, portanto, ética”.

Saraceno (1999) aponta que enquanto o paradigma biomédico reducionista continuar a desfrutar de ótima saúde, o adjetivo biopsicossocial torna-se vazio de sentido e ritualístico (um “*shibboleth*”, uma palavra *passe-partout* desprovida de sentido). Essas constatações nos incitam a recusar simplificações para adentrarmos uma zona de debates.

Quando se pretende promover a *humanização* dos serviços de saúde, a necessidade de inclusão de todas as dimensões da ‘subjetividade’ do usuário – psíquicas, familiares, culturais e sociais – já é razoavelmente reconhecida e discutida pelo conhecimento médico (embora ainda estejamos longe de sua efetiva realização). A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde procura, além disso, chamar atenção para a necessidade de uma segunda inclusão, menos observada, mas tão importante quanto a primeira, das mesmas dimensões – ditas da ‘subjetividade’ – do profissional de saúde. Do ponto de vista do profissional, a consideração dessas dimensões permite a ele melhores condições de enfrentamento do desgaste provocado pelo constante contato com a dor, com o

sofrimento e com os limites e dificuldades na realização de seu trabalho. O respeito aos aspectos subjetivos do profissional constituiria uma proteção à sua saúde porque lhe permitiria um agir menos defensivo, mais espontâneo e próximo às suas necessidades e às necessidades do usuário (BRASIL, 2004a).

Seligmann-Silva (1995), voltando-se para o exame do que chamou de uma deformação que atravessa a dimensão psicobiológica individual e tem interfaces com a instância organizacional e com o âmbito macrossocial, cunhou a expressão genérica “*síndrome da insensibilidade*” para designar um fenômeno que tem sido estudado – e recebido diferentes denominações – por pesquisadores de diversos campos do conhecimento e que é percebido sob o revestimento de uma típica insensibilidade vinculada a determinadas vivências no trabalho.

A autora assinala que há uma elevada probabilidade de que a *síndrome da insensibilidade* esteja presente nos profissionais prestadores de cuidados (saúde, educação, serviço social) e que esta, possivelmente, se desenvolva com certa frequência entre tais profissionais. Para ela, a intensidade das demandas e agressões psíquicas (além das correlações de forças que definem suas atividades), com os quais se defrontam cotidianamente esses profissionais, favorecem que certos tipos específicos de defesas se instalem, o que poderia ser uma explicação para as freqüentes queixas da população a respeito da frieza, da insensibilidade, da arrogância, da prepotência e do descaso com que são atendidos.

As condições, possibilidades e dificuldades de envolvimento desses profissionais, colocadas pela sempre necessária gestão da proximidade e do distanciamento, da obrigação de se expor face a face e da tentativa de se defender de críticas e/ou da violência, a necessidade de gerir o *profissional* e o *afetivo*, o *possível* e o *necessário*, na dinâmica de sua interação, colocam-se como questões extremamente pertinentes. Implicam, no dizer de Schwartz (2000, p. 428), “múltiplos e pequenos detalhes da atividade cotidiana [...], os múltiplos e imperceptíveis comportamentos de eficácia que são igualmente decisões de ações ‘microcustosas’ e que resultam, portanto, de debates de si com si”.

Pensamos que caberia nesse ponto recorrer a Clot (2006) para enriquecer a análise. Ele lembra que Vigotski enfatizou o papel dinamogênico das emoções no comportamento humano e que é pela mediação das emoções que se forma a ação mental. Prosseguindo em seu raciocínio, Clot cita Jouanneaux (ex-piloto de aviação

civil e estudioso do trabalho de pilotagem), ao assinalar que a competência básica do piloto se concretiza na sinergia entre o engajamento corporal e a construção mental. Para Jouanneaux (1999), o abalo emotivo transformado em atitude positiva, fonte viva da competência, é essencial à atividade de pilotagem. Ele entende que comover é pôr em movimento. A aptidão decisiva consistiria em transformar a emoção, a converter o abalo provocado pelos elementos exteriores em energia psíquica motora. Nessa concepção situada, a emoção, longe de ser um obstáculo para a tripulação do avião, opera como um sinal de alarme e um desencadeante de energia. Contudo, ressalta o autor, é preciso aprender a não se deixar levar pela emoção; é necessário torná-la profissional, neste âmbito, desenvolvê-la.

Procurando trazer essa análise para o campo da Saúde pode-se, metaforicamente e sem exagero, afirmar que se trata de um campo minado, no qual é preciso se conduzir (pilotar?) com cautela, para não se tornar um *kamikaze*. Um campo minado por inúmeros interesses políticos, econômicos e corporativos, conforme veremos adiante, mas também um campo de onde minam e emanam emoções, onde, incessantemente, são gerados e geridos debates de valores. Por exemplo, para um profissional de saúde, a decisão, numa emergência, de quem vai ser atendido e quem, fatalmente, acabará morrendo por não poder ser socorrido no momento, com certeza tem um custo (um impacto psicológico) muito alto. Da mesma forma, prescrever um medicamento ou solicitar a realização de um exame (não disponíveis na rede pública) a alguém que não terá condições de pagar por eles pode ser gerador de angústia e sofrimento para o profissional.

Muitas vezes alguns profissionais utilizam-se da propaganda prática do encaminhamento, menos para encaminhar em direção a uma solução e mais como um desengargo de consciência, um paliativo. Se para o profissional, o encaminhamento do doente para um especialista ou para outra unidade pode representar um alívio momentâneo e mesmo ilusório, para o usuário logo se revela como uma esperança frustrada, pois quando chega ao local para onde foi encaminhado, seu problema permanece sem solução. Encontramos aí uma situação cujo sofrimento passa por uma psicodinâmica defensiva (DEJOURS, 1993), em que o exercício do eufemismo é abundante. Como no conhecido 'jogo da batata quente' o problema passa de mão em mão até que alguém resolva assumi-lo (como diz

Zarifian [2001a; 2001b; 2001c] a respeito da competência), enfrentá-lo, tentar solucioná-lo.

Continuando com o sentido figurado dir-se-ia: até que alguém decida 'descascar o abacaxi'. Curiosamente, outras metáforas *fruto-leguminosas* também têm sido comumente utilizadas para expressar a idéia de enfrentamento de um problema, de um encargo, de um fardo, de uma dificuldade. Por exemplo: 'segurar o pepino' e 'chupar essa manga'¹³.

No caso do paciente, verifica-se que, muitas vezes, após ter percorrido o equivalente a uma maratona ou a uma prova de obstáculos, ele (ou ela) não encontra alguém disposto ou em condições de atender a sua demanda. Então, sentindo-se esgotado, debilitado e desesperançado, acaba desistindo de buscar o tipo de assistência para o qual foi encaminhado. Mais ainda, devido a todo esse desgaste, não tem mais ânimo, energia, nem vontade de retornar ao profissional que o encaminhou para relatar seu insucesso, o que alimenta ainda mais a falsa impressão apontada por Campos (1991, p. 117) de que "paciente encaminhado é considerado um caso resolvido".

Pensamos que a abordagem proposta por Seligmann-Silva com outros importantes referenciais, como os da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade (a serem apresentadas no próximo capítulo) podem contribuir para uma análise dessas situações cotidianas nesse específico mundo do trabalho que é o campo da Saúde. Contando com esses materiais essa análise não será conduzida apenas pelo viés da desumanização, do descaso ou do descompromisso de alguns profissionais, mas principalmente através da consideração de suas características peculiares e da existência dos sistemas defensivos de que os trabalhadores se utilizam para poderem executar o seu trabalho e lidarem com suas pressões, dificuldades, com o sofrimento, os constrangimentos e as adversidades.

Em alguns ambientes de trabalho (dependendo do tipo e do local da atividade desenvolvida, do modo como se organiza o trabalho e das condições em que este se desenvolve) a sensação dos profissionais é a de enfrentarem uma guerra

¹³ A irreverência e a criatividade do povo brasileiro não desconsideram os atributos naturais desse imenso 'país tropical', terra que, conforme a carta escrita em 1500 por Pero Vaz de Caminha a *el-rei Dom Manuel*, "*é muito boa de ares, tão frios e temperados. Águas são muitas e infindas. De tal maneira é graciosa que, querendo aproveitá-la dar-se-á nela tudo por bem das águas que tem*". O problema é que nossos exploradores, no dizer do historiador Sergio Buarque de Holanda, quiseram colher o fruto sem plantar a árvore. E nós, até hoje ainda vivemos sob a sombra dessa herança de exploração, rapinagem, escravismo, violência e selvageria.

cotidiana em que os usuários se transformariam em inimigos. Atendentes e recepcionistas por vezes declaram que não aguentam a pressão e que não vão “levar desaforo para casa” e vão partir para revidar as agressões que sofrem. Até mesmo alguns médicos têm declarado que os pacientes estão cada vez mais agressivos com eles. Talvez, por isso, muitos funcionários tentam se ‘entrincheirar’. O entrincheiramento pode se manifestar tanto pela recusa a fazer certo tipo de trabalho, a atender certa clientela, realizar certo procedimento arriscado, assim como pode se dar o entrincheiramento em si mesmo, desenvolvendo uma insensibilidade, uma “depressão essencial” (MARTY, 1993).

Esse clima de guerra é muitas vezes acirrado pela chamada opinião pública, que passa uma imagem do servidor público como irresponsável, acomodado, usurpador dos recursos públicos. Para exemplificar cito dois exemplos retirados de uma mesma edição dominical do jornal O GLOBO de 14 de dezembro de 2008. Na página 12, com o título: “FARRA FISCAL: *Governistas, especialmente no PT, defendem gastos para melhorar qualidade dos serviços públicos*”, Jungblut (2008) noticiou que o gasto com pessoal (entenda-se funcionalismo público) cresceu 15,9% no Judiciário, que, a exemplo do Executivo também registrou aumento de gastos com pessoal e encargos sociais em 2008.

Na página 27 da mesma edição do periódico, Autran e Araújo (2008) abordam o resultado do julgamento do policial militar acusado de matar, por imprudência, um menino de 3 anos. Ressaltam que a absolvição do acusado trouxe à tona uma polêmica em torno da escolha do júri, já que “boa parte dos jurados é composta por funcionários públicos, que não representam a maioria da população”. Acrescenta a reportagem que os pais da vítima fizeram duras críticas a alguns jurados, acusando-os de não terem acompanhado o julgamento com seriedade. Segundo o pai, um deles chegou a cochilar, enquanto outro rabiscava numa folha de papel. Então, haveria alguma relação entre as duas reportagens, além de ambas relatarem fatos da atualidade? Há correlação entre as críticas dos pais e o fato dos jurados serem, em sua maioria, funcionários públicos? Há antagonismo entre os funcionários públicos e “a maioria da população”? O descaso e a falta de seriedade seriam características inerentes aos funcionários públicos? Ou essas são apenas idéias que o jornal quer transmitir aos seus leitores?

Até mesmo alguns governantes têm contribuído para pôr lenha na fogueira dessa inquisição contemporânea ao reforçarem essas imagens. Chegam ao ponto de falarem mal publicamente dos servidores públicos, utilizando termos pejorativos e depreciativos e declaram à imprensa que a população é maltratada por eles. Ao fazerem isso, além de não assumirem suas responsabilidades enquanto governantes, por esses ‘maltratos’, parecem não se preocupar que esse ato de ‘jogar para a platéia’ pode ter graves conseqüências, já que incita a população a dirigir sua insatisfação para um alvo que, além de não ser o mais adequado, é o mais sujeito à exposição a atos de violência física e verbal.

Isto posto, lembramos que o tema *Humanização* foi proposto como foco do projeto de pesquisa para seleção para o Doutorado (considerando minhas atividades à época e a relevância do tema, proposto pelo MS como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS). Nesse projeto uma questão foi preliminarmente lançada: no âmbito dos serviços de saúde, em que consistiria *humanizar* e o que estaria *desumanizado*?

Foi assinalado no projeto inicial que a intenção seria (como de fato ocorreu) conduzir a tese, do ponto de vista epistemológico, com base na perspectiva ergológica (SCHWARTZ, 1997, 2000, 2003), constituindo um regime de produção de conhecimento que contempla o diálogo com diferentes disciplinas científicas e com os protagonistas do que se investiga. A fundamentação teórica será apresentada no capítulo a seguir.

No entanto, o caminho traçado no projeto inicial de tese passou por alguns desvios, provocados por questões tanto teóricas quanto pessoais. Consideramos que estes foram extremamente benéficos e profícuos para o seu desenvolvimento, especialmente no que tange à superação do possível risco de engessamento em um tema único – *Humanização* – e, desse modo, de difícil encaminhamento, dada a possibilidade de se ficar no lugar-comum, de descambar para um humanismo estéril (contra o qual luta teoricamente o grupo responsável no MS) ou de corroborar uma tendência (ainda que às vezes velada) de responsabilização e, até mesmo, culpabilização, dos trabalhadores pelo atendimento dito ‘desumanizado’ (ou ‘desumano’) nas Unidades de Saúde, tirando o foco dos reais problemas e dos principais responsáveis pelo sucateamento e pelas mazelas do Sistema Único de

Saúde. Há ainda o risco de que ‘Humanizar’ torne-se apenas mais uma palavra de ordem, de irresistível apelo, sem dúvida, contudo, de consistência duvidosa quando incorporado de forma acrítica.

É inegável que o tema possui significativo valor heurístico, na medida em que provoca reflexões e alimenta debates sobre diversos temas relevantes, como, por exemplo, ambiência, clínica ampliada, acolhimento, vínculo, projeto de saúde (e seus diversos dispositivos). Além disso, pode contribuir de algum modo para pôr em discussão o atual modo de organização do processo de trabalho em saúde, apontando algumas das condições de sua proveniência e propondo alternativas para a valorização dos trabalhadores da saúde e para que se dê relevância ao caráter humano-relacional e não mecanizado do trabalho.

Nesse sentido, podemos compartilhar da opinião de Deslandes (2004) de que o rico debate sobre a cultura assistencial trazida pela proposta de humanização pode quiçá contribuir para a reflexão mais crítica dos modelos e ações em saúde. Apesar da polissemia do vocábulo e dos questionamentos possíveis a algumas práticas que se auto-intitulam como humanizadoras, a autora – com uma segurança que o tempo permitirá confirmar se acertada ou não –, afirma sua convicção de que esse projeto-processo pode propiciar uma contribuição para a melhoria da qualidade da atenção prestada, podendo mesmo significar um novo modelo de comunicação entre profissionais e pacientes, redundando em novas práticas cuidadoras.

Nessa trilha têm se constituído alguns espaços públicos de discussão onde fica evidenciada a insatisfação de grande parte dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde pública. E onde também tem se colocado em análise os modelos de gerenciamento da saúde que pretendem produzir e promover saúde sem se darem conta do adoecimento de diversos profissionais, sem promover medidas para que o trabalho em saúde seja, primordialmente, um trabalho saudável.

A pesquisa de campo realizada nesta tese pôde verificar essa tendência/situação empiricamente, numa Unidade de Saúde Pública onde, a partir do ano de 2006 um grupo de trabalhadores passou a se reunir com regularidade para discutir a respeito da *humanização*, visando a alcançar melhorias no seu cotidiano de trabalho e no atendimento aos usuários. Desse grupo formou-se um

coletivo, um “Grupo de Trabalho de Humanização” (GTH), que em dado momento, compreendeu ter alcançado seus limites e decidiu que seria necessário ampliar-se e ampliar as suas perspectivas de análise, o que fez com que demandassem a contribuição de pesquisadores profissionais (cujo grupo – Actividade – não se situa na proposta governamental) em suas reuniões e discussões e concordassem em participar da pesquisa contida nesta tese, oferecendo elementos fundamentais para que ela se desenvolvesse (o que será visto adiante).

Deslandes (2004) constata que a abrangência e aplicabilidade do que se convencionou designar como *Humanização* não estão inteiramente demarcadas, haja vista que ainda não são consensuais os seus contornos teóricos e mesmo operacionais. Continuando sua reflexão, a autora indaga se haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência, considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção.

Não foi encontrado na bibliografia pesquisada para desenvolver esta tese exemplo de qualquer localidade em que houve a superação desses problemas pontuais. Como nossa pesquisa bibliográfica não se propôs exaustiva, se tal ocorreu, caberia perguntar qual o grau de *humanização* e de reorganização do processo de trabalho obtido após isso. Teria havido melhora ou piora da qualidade dos serviços? Novos problemas teriam surgido e com que intensidade? Poderiam ser abordados da mesma maneira de antes ou deveriam ser enfrentados de outra forma?

Campos (1991) afirmou, à época, que as análises dos representantes da chamada ‘esquerda’ chegavam, no máximo, ao ponto de denúncia da falta de recursos financeiros, dos baixos salários, da deterioração de equipamentos e dos serviços de saúde como um todo. Assinalou ainda que tais apreciações não desvendavam os principais entraves e não conseguiam traduzir a crise de eficácia do sistema público e privado de saúde, para além de alguns óbvios impasses estruturais já identificados há dezenas de anos e incorporados ao discurso por todas as forças sociais, inclusive as conservadoras. No entanto, em texto posterior (CAMPOS, 2000) parece atribuir a essas questões um outro grau de importância,

sendo enfático ao reconhecer que qualquer proposta de reconstrução dos modos de fazer política, gestão e construção de sujeitos - qualquer projeto de co-gestão, visto que há objetivos a serem alcançados - deverá ter providos os meios considerados indispensáveis para o fim almejado:

Quem deseja um fim ou necessita dele, obriga-se a inventar meios para tal. A co-gestão e a elaboração de projetos dependem da capacidade de análise, de exame cuidadoso de aspectos racionais e irracionais, e de elementos internos e externos necessários para orientar práxis que visem algum fim.

Momentos em que o Sujeito ou o Coletivo estão obrigados a considerar o próprio desejo, interesses e necessidades, bem como o de outros agrupamentos aos quais objetivem atrair ou combater. Compor um Projeto ou Co-gerir um Coletivo implica produzir sentido para a ação e exige também a consideração dos meios materiais e subjetivos necessários à empreitada. Quando o Sujeito elabora análises e age segundo Projetos ou em Co-gestão, obriga-se a considerar as limitações do contexto e as restrições impostas pelo interesse alheio. E a prover meios que possibilitem a passagem do desejado, ou necessitado, à condição de fruição prática. (CAMPOS, 2000, pp. 78-79).

Pode-se encontrar em Chiavenato (1983), conhecido consultor e autor brasileiro no âmbito da Administração de Recursos Humanos (hoje *Gestão de Pessoas*), elementos que permitem inferir que essa linha de pensamento não é nova e pode ser encontrada até mesmo em autores norte-americanos (como Abraham Maslow e Frederick Herzberg) que influenciaram as teorias mais tradicionais em administração, fundamentadas no estudo do comportamento e da motivação humana, campo no qual a teoria administrativa recebeu da Psicologia Social do Trabalho volumosa contribuição. Essa constatação não tem a intenção de desqualificar as abordagens atuais e consideradas progressistas, taxando-as de retrógradas. Ao contrário, reforça a convicção de que cabe à pesquisa científica demonstrar que existem produções anteriores no patrimônio científico que, uma vez submetidas a uma análise crítica, podem oferecer conhecimentos que, *mutatis mutandis*, contribuam para pensarmos a realidade contemporânea.

De acordo com Chiavenato, Maslow apresentou uma teoria da motivação, segundo a qual as 'necessidades humanas' estão organizadas e dispostas em cinco níveis, numa hierarquia de importância e influência. Essa hierarquia de necessidades poderia ser visualizada como uma pirâmide, em cuja base estariam as necessidades ditas primárias (fisiológicas e de segurança) e no topo as necessidades secundárias (sociais, de estima e de auto-realização).

Entre as necessidades fisiológicas poderiam ser relacionados: alimentação, repouso, abrigo, sexo. As necessidades de segurança compreenderiam a proteção contra o perigo, a doença, a incerteza, o desemprego, o roubo. As necessidades sociais seriam aquelas que dizem respeito ao relacionamento, à aceitação, à afeição, à amizade, à compreensão e à consideração. Quanto às necessidades de estima, teríamos tanto as necessidades do ego: o orgulho, o auto-respeito, o progresso, a confiança, assim como as necessidades de *status*, de reconhecimento, apreciação, admiração pelos outros. Por fim, entre as necessidades de auto-realização estariam aquelas vinculadas ao auto-desenvolvimento e à auto-satisfação.

Maslow preconiza que somente quando um nível inferior de necessidades está satisfeito ou adequadamente atendido é que o nível imediatamente mais elevado surge no plano comportamental. Isto é, quando uma necessidade de nível mais 'baixo' é atendida, ela deixa de ser motivadora, dando oportunidade para que um nível mais elevado possa se desenvolver. Ou seja, quando as necessidades mais baixas na hierarquia estão razoavelmente satisfeitas, as seguintes começam a dominar. Entretanto, quando alguma de nível mais baixo deixa de ser satisfeita, ela volta a predominar e influenciar o comportamento, enquanto gerar tensão no organismo. A necessidade mais importante ou mais premente monopoliza o indivíduo e tende a organizar a mobilização das diversas faculdades do organismo para atendê-la.

Nesta abordagem, cada pessoa possui sempre mais de uma motivação. Todos os níveis atuam conjuntamente no organismo, dominando as necessidades mais elevadas sobre as mais baixas, desde que estas estejam suficientemente satisfeitas ou atendidas. Toda necessidade está intimamente relacionada com o estado de satisfação ou insatisfação de outras necessidades. Seu efeito sobre o organismo é sempre global e conjunto e nunca isolado.

Herzberg, por sua vez, conforme Chiavenato, formulou a chamada *teoria dos dois fatores*, a fim de melhor explicar o comportamento das pessoas em situação de trabalho. Para ele os fatores que levam à satisfação no trabalho são diferentes dos que levam ao descontentamento. Os fatores ditos higiênicos (extrínsecos ou insatisfacientes) são aqueles que se localizam no ambiente que rodeia as pessoas e

abrange as condições em que elas desempenham seu trabalho. Quando os fatores higiênicos encontram-se em estado ótimo, eles apenas evitam a insatisfação dos trabalhadores, pois não conseguem elevar de modo consistente a satisfação e, quando a elevam, não conseguem sustentá-la elevada por muito tempo. No entanto, quando os fatores higiênicos são péssimos ou precários, eles provocam sim a insatisfação dos trabalhadores. Herzberg chamou esses fatores de higiênicos por que são essencialmente profiláticos e preventivos: eles apenas evitam a insatisfação, mas não são capazes de provocar a satisfação. Pelo fato de estarem mais relacionados com a insatisfação, Herzberg também os chamou de fatores insatisfacientes.

Os fatores motivacionais (intrínsecos ou satisfacientes) estão relacionados com o conteúdo do trabalho e com a natureza das atividades que o indivíduo executa. Em certa medida estão sob o controle daquele que trabalha, pois estão relacionados com aquilo que ele desempenha. Envolvem os sentimentos de crescimento individual, de reconhecimento profissional e as necessidades de auto-realização. Como tradicionalmente os cargos e tarefas que o compõem são definidos de modo a atender basicamente à valorização de capital da empresa e não aos interesses dos trabalhadores, muitas vezes fica esvaziado o aspecto de desafio e de oportunidade para o desenvolvimento da criatividade daquele(s) que trabalha(m). Com isto, cargos e tarefas perdem o significado psicológico e passam a ter um efeito de “desmotivação”.

Quando os fatores motivacionais estão em estado ótimo eles provocam satisfação. Quando em estado precário, eles evitam a satisfação. Pelo fato de terem a potencialidade de gerar satisfação, Herzberg também os chamou de fatores satisfacientes.

Em resumo, a ‘teoria’ dos dois fatores de Herzberg afirma que:

- a geração de motivação decorre/depende do conteúdo ou das atividades desafiantes e estimulantes do cargo que a pessoa desempenha;

- a geração de insatisfação no cargo decorre/depende do contexto, do ambiente de trabalho, do salário, dos benefícios recebidos, da supervisão, dos colegas e do contexto geral que envolve o cargo ocupado.

Chiavenato (1983) demonstra que as duas abordagens apresentam pontos em comum. Os fatores higiênicos de Herzberg podem ser referidos às necessidades primárias de Maslow (incluindo algumas necessidades sociais, que são secundárias). Já os fatores motivacionais podem ser referidos às necessidades secundárias (de estima e auto-realização). Mas são ambas passíveis de críticas. Alguns autores (SCHEIN, 1982; CHIAVENATO, 1983; ORSTMAN, 1984) alegam que diversas outras pesquisas não corroboraram cientificamente seus pressupostos e até mesmo as invalidaram, seja pelo fato de serem simplistas, seja por não terem dispensado a devida atenção às diferenças individuais, seja porque não foram suficientemente vinculadas a modelos de desenvolvimento de adultos e/ou porque geralmente foram enunciadas num nível de generalização que torna difícil seu emprego na prática.

O que destacamos é que estas abordagens, formuladas no interior de estudos financiados e sob demanda do grande capital no pós-Guerra, frisaram que o conteúdo do trabalho em si, ou seja, a própria atividade humana seria da maior importância para a motivação¹⁴ e satisfação dos trabalhadores, para o incremento de produtividade e qualidade que sustentam ganhos de capital. Enfim, o quanto as necessidades primárias (as condições de trabalho) são uma base incontornável para os próprios interesses do capital. É paradoxal que este patrimônio, gerado no campo empresarial, não tenha se desenvolvido e/ou se mantido à altura dos desafios e, em especial em países como o Brasil, eles são ignorados, seja pelo empresariado, seja pelo aparelho de Estado.

No campo da Saúde Pública – um dos que mais têm exercitado a precarização, as diversas formas de sub-contratação, sem estabilizar equipes

¹⁴ Contudo, Dejours e Abdoucheli (1994a, p. 40-41) demonstram que a questão é bem mais complexa do que aparenta, ao discorrerem a propósito da relação entre Desejo e Motivação. Afirmam que “se pode motivar o ‘comportamento’ produtivo de um operário semiqualeficado pelo salário ou prêmios, por exemplo. Mas esse preço é de fato pago em troca de repressão do Desejo e do eclipsamento do sujeito. De sorte que nos encontramos aqui numa situação estranha onde a *Motivação* está exatamente em oposição ao Desejo, contra o qual ela é mesmo dirigida. Vê-se que é insustentável a afirmação segundo a qual o Desejo residiria no coração da Motivação”. Concluem os autores que, “em última análise, é a organização do Trabalho que determina as relações entre Desejo e Motivação” (Ibid. p. 42).

profissionais nem no âmbito da Saúde Mental – é comum incidir-se no erro do estabelecimento de metas idealistas sem a oferta dos meios necessários para que elas sejam atingidas pelos trabalhadores.

É possível e desejável que alguns estudos governamentais ou acadêmicos possam já estar sendo desenvolvidos no sentido de relatar e discutir algumas experimentações fracassadas ou exitosas no que tange à relação entre, por um lado, a 'motivação', 'a satisfação das necessidades primárias', por outro, as condições de trabalho, o provimento (ou insuficiência) dos recursos materiais, articulando-as com o '*grau de humanização*' obtido no processo de trabalho de assistência aos usuários. Caberia um estudo posterior para reuni-los e colocá-los em diálogo crítico.

Como disse, nesta tese não se pretende avançar nessa discussão tendo como foco a chamada *humanização*. Veremos no capítulo 5 como essa temática circula na Unidade de Saúde onde foi realizada a pesquisa empírica.

Fica aqui o indicativo de que talvez possamos compreender melhor o que está em jogo nessa temática denominada *humanização* se trilharmos as vias propostas pelas disciplinas e abordagens que enfatizam que o envolvimento em situação de trabalho é algo de caráter corporal, não o limitando ao aspecto físico-biológico do ser humano, mas considerando aí também todo o aspecto subjetivo, histórico e social. Os conceitos de corpo-si (SCHWARTZ, 2000), de inteligência e sabedoria da prática (DEJOURS, 1995) e a idéia de comover (co-mover, pôr em movimento, mover com), apresentada por Jouanneaux (1999), podem contribuir para essa discussão.

Como foi dito anteriormente, a proposta inicial - presente no projeto de tese - de discutir os argumentos, o alcance, o impacto, os limites e as possibilidades das atuais propostas oficiais de *humanização* do setor, foi perdendo intensidade. A(s) experiência(s) vivida(s) na atividade de diretor de uma Unidade de Saúde, acrescentaram novos ingredientes de competência indispensáveis no preparo da tese. Além de ser um local de desempenho de atividades de direção/gerência, representa um campo de investigação privilegiado, o que fez com que um novo encaminhamento fosse dado à pesquisa. Tendo-me como ator e observador

participante desse campo empírico essa experiência foi eleita como matéria principal de reflexão para a tese.

Não obstante, o objetivo traçado manteve o seu vigor, interessando-nos verificar de que maneira as formas de gestão do trabalho¹⁵ no setor público de saúde interferem na qualidade da atenção dispensada aos usuários, sua recuperação ou piora. E ainda, qual a sua participação na definição dos limites e possibilidades de atuação e no processo de saúde-adoecimento dos trabalhadores do setor? É o que veremos daqui em diante.

¹⁵ Reiteramos que falamos de dois tipos de *gestão*: daquela que pode ser entendida como pura gerência, direção, assim como da gestão cotidiana (individual e coletiva) que os protagonistas da atividade realizam, podendo indicar o trabalho de direção como *gestão de gestões*.

CAPÍTULO 2

FERRAMENTAS TEÓRICAS PARA COMPREENDER-TRANSFORMAR O TRABALHO EM SAÚDE

Conforme exposto na Introdução, temos uma opção teórica presente na tese. Procurou-se desenvolver esta tese a partir de alguns referenciais específicos, cuja articulação de idéias, no entender do autor, e no entender do grupo de pesquisas que integra e com o qual vem trabalhando, apresenta-se como o mais potente na atualidade na direção de um outro modo de pensar-agir a gestão do trabalho e que não seja compatível com aquele conhecido como taylorismo (TAYLOR, 1990), o qual, ainda hoje, pode ser encontrado, com algumas nuances, no cotidiano das práticas de gestão.

Uma forma de abordar o trabalho de maneira diferente dos pressupostos tayloristas advém dos ergonomistas de língua francesa (da escola originalmente franco-belga de Ergonomia), da chamada Ergonomia da Atividade, que pela sua importância e reflexos nas demais, será a primeira que apresentaremos. Vejamos do que se trata.

2.1 - A Ergonomia da Atividade e a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real

Athayde (1996, p. 208, acréscimo do autor), citando Teiger, assinala que o conceito de atividade (baseado na Psicologia russa de Vigotski e Leontiev) utilizado pela Ergonomia é “um termo mediador [um conceito intermediário], manifestação da interação entre o sujeito que trabalha e o seu ambiente, no sentido mais amplo”.

De acordo com Schwartz (2005), a partir dos anos 1980 houve uma efervescência e renovação da noção de atividade em diversos campos científicos, tornando-se base ou ingrediente de abordagens teóricas nas quais, embora não estivesse ausente, permanecia conceitualmente pouco explícita.

Embora não gozasse de uma prestigiosa história intelectual, como a de outros conceitos estruturados como ‘ação’ ou ‘produção’, a noção de atividade teve a sua época de ouro na Filosofia, de Kant a Marx. Via Hegel, Marx e a Psicologia soviética (Vigotski, Leontiev), esta noção sintética e transversal, até então nebulosa, vai ser apropriada (e tornar-se um conceito matriz) pela corrente da ergonomia caracterizada como “Ergonomia da Atividade” (representada por Faverge, Wisner, Cazamian e outros), desenvolvida no início dos anos 80 na Europa francófona, na Escandinávia e posteriormente também em outros países da Europa e na América do Sul.

Para Schwartz, esse movimento contribuiu para que fosse possível tirar algumas conclusões a propósito do conceito de atividade. Primeiramente que ele é importante para a inteligibilidade da história humana e para a intervenção no nosso presente. Segundo, que a atividade é marcada por três características essenciais: 1) a transgressão, pois nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceitualmente a atividade. Ela atravessa o consciente e o inconsciente, o verbal e o não-verbal, o biológico e o cultural, o mecânico e os valores; 2) a mediação. Ela nos impõe dialéticas entre todos estes campos, assim como entre o micro e o macro, o local e o global; 3) a contradição (potencial). Ela é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências à renormatização ressingularizadas pelos seres humanos.

A Ergonomia da Atividade tem como uma de suas principais características a recusa em abordar o trabalho como simples execução técnica da prescrição, apontando para a existência de uma defasagem irredutível entre tarefa prescrita e atividade “real” de trabalho. Essa diferença é verificável mesmo nas tarefas mais fragmentadas, consideradas como se fossem tarefas de estrita execução e mesmo sob uma organização do trabalho estabelecida de forma rígida e controlada (em moldes tayloristas, por exemplo).

A legitimidade científica desta descoberta foi fundamental para considerar uma dimensão específica das situações de trabalho: a de que é impossível trabalhar respeitando fielmente todas as normas prévias, seguindo apenas as prescrições. Reconhece-se aí que a inteligência no trabalho (Wisner, 1994) é algo sempre presente e que o trabalhador, num esforço permanente, sempre procura

renormatizar o seu meio de trabalho para dar sentido à sua tarefa, para realizar sua atividade.

Os ergonomistas da atividade (GUÉRIN et al., 2001) consideram o trabalho não só como fator de produção, mas também como expressão da atividade humana. Apontam que numerosas consequências danosas para a saúde dos trabalhadores têm sua origem no desconhecimento do trabalho, ou mais precisamente, no que eles chamam de *atividade de trabalho* dos operadores. Em sua abordagem, a atividade difere da tarefa, posto que esta é aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer, conforme as prescrições. A atividade implicaria um além do prescrito, um *além do princípio do fazer*¹⁶. Trabalhar supõe ir além da tarefa, exorbitá-la, no sentido de desviar para suplantar o padronizado. Decorre daí a necessidade de regras de metodologia e deontologia correspondentes para pôr em evidência o trabalho real em relação ao prescrito. Isso só se consegue agregando conhecimentos gerais sobre o trabalho a conhecimentos específicos co-produzidos com os trabalhadores.

Bastos, explorando Guérin et al. (2001), assinala que em primeira análise a atividade aponta para o que se opõe à inércia, sendo uma característica da vida e da saúde, conforme Canguilhem, assinalamos nós. Trata-se do conjunto de fenômenos (físicos, biológicos e psicológicos) que caracterizam o ser vivo cumprindo atos. Esses atos resultam de um movimento do conjunto do homem (corpo, pensamento, desejos, etc.) adaptado a esse objetivo. Sendo que no caso do trabalho esse objetivo é socialmente determinado. Sem atividade humana não há trabalho, ressaltam os autores. Desse modo, a atividade humana é diferente da atividade de trabalho. O que caracteriza o trabalho não é a atividade em si, mas a sua finalidade, o seu endereçamento. Assim, a atividade de trabalho é uma das dimensões da atividade humana com uma finalidade social. Guérin et al. vão assinalar ainda que a dimensão pessoal do trabalho se expressa nas estratégias utilizadas pelos operadores para realizar sua tarefa.

Todo trabalho também tem um caráter sócio-econômico. Ele resulta da inserção numa organização social e econômica da produção. Ainda segundo Guérin et al., a análise do trabalho não pode deixar de levar em conta esta dimensão, pois é

¹⁶ Fazemos aqui claramente um jogo de palavras com a clássica obra de Freud (1920), *Além do princípio do prazer*, especialmente por ter sido a partir dela que Freud passou a considerar outros elementos concernentes aos objetivos da vida psíquica. Essa obra é um marco que inaugura modificações significativas na dimensão econômica da metapsicologia freudiana.

ela que transforma a atividade humana em atividade de trabalho. Segundo eles, reduzir a atividade de trabalho à atividade pessoal não permite captar as reais características da situação de trabalho a transformar. Todo trabalho tem uma dimensão ao mesmo tempo pessoal e sócio-econômica. As dificuldades que são encontradas pelos trabalhadores nas situações de trabalho residem na articulação entre esses dois termos e é na situação de trabalho onde se dá essa articulação.

O resultado da atividade de um trabalhador é sempre singular. Qualquer que seja o objeto resultante da atividade de trabalho, pelo trabalho humano que nele é investido, traz sempre o traço pessoal, mesmo ínfimo, daquele que o realizou. Assim, a matéria prima do trabalho não é para o operador uma página em branco, habitualmente ele lê, sente, percebe o traço da atividade de seus companheiros de trabalho no objeto que recebe e deixa nele a marca de seu próprio trabalho. Nesse sentido, segundo Guérin et al., o resultado da atividade é sempre uma obra pessoal, sinal de habilidade, “personalidade”, daquele que a produziu. A importância dessa dimensão, segundo os autores, é considerável para o indivíduo: o significado de sua atividade, ao concretizar-se no resultado, vai impregnar de sentido a sua relação com o mundo, fator determinante da construção/produção de sua subjetividade. Para trabalhar é necessário estruturar seu espaço sensorial e motor, é necessário pegar o “jeito” da ferramenta, acostumar com o ruído da máquina, etc.

Contrariando a lógica geralmente predominante de busca de adaptação do ser humano a um posto de trabalho pré-concebido e estereotipado (destinado a um homem ou a uma mulher “médios” idealizados), a postura ergonômica é a de desenvolver procedimentos e métodos de análise da atividade que possam contribuir para adaptar o trabalho às características humanas, suplantando ou “corrigindo” as “representações redutoras” do homem (GUÉRIN et al., 2001, p. 5).

Uma primeira característica da ação ergonômica corresponde a observar do mais perto possível as vinculações entre as condições materiais e organizacionais do trabalho a seus resultados, a atividade real de trabalho, e a levá-la em consideração desde o início.

A segunda característica refere-se à constituição de um ponto de vista sobre o trabalho, mais especificamente sobre a atividade de trabalho, que esclareça a relação entre as condições, a atividade e os resultados do trabalho.

A terceira característica está relacionada ao triplo objetivo da ação ergonômica, que são: 1) contribuir para a melhoria das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores, o desenvolvimento de suas competências e para uma visão diferente sobre o emprego; 2) contribuir para um melhor funcionamento da empresa, de seus sistemas técnicos, de sua organização, da gestão de seu pessoal, em suma, de seu desempenho global; 3) favorecer um enriquecimento do diálogo social, levando em consideração a pluralidade de lógicas existentes na empresa, contribuindo para a transformação das representações sobre o trabalho.

Embora a Ergonomia tenha por objeto o trabalho, os próprios ergonomistas reconhecem que a palavra *trabalho* abrange várias realidades. Por isso há uma multiplicidade de ciências do trabalho, e ninguém deve pretender abordar só com a sua competência uma realidade tão complexa. A Ergonomia é herdeira de múltiplas influências e contribui enormemente para que outras abordagens se enriqueçam com suas idéias.

Nesse sentido, a ergonomista Catherine Teiger (1998) assinalava em 1998 que, sob a influência da abordagem de Christophe Dejours e seus colaboradores no âmbito da Psicopatologia do Trabalho, os terrenos da subjetividade e da dimensão afetiva passam a ser reconhecidos pelos ergonomistas como um aspecto a considerar. Vejamos o que diz essa outra abordagem.

2.2 – A Psicopatologia do Trabalho, suas principais contribuições e seu encaminhamento em direção à Psicodinâmica do Trabalho¹⁷

A Psicopatologia do Trabalho (PPT) é o nome de uma disciplina que surge na década de 1950, inaugurada por um grupo de médicos psiquiatras e pesquisadores, liderados pelo psiquiatra Louis Le Guillant.

Fruto dos acontecimentos e experimentações que ocorreram durante a Segunda Guerra Mundial, iniciou-se na França uma série de estudos clínicos e teóricos sobre as patologias mentais decorrentes do trabalho.

Athayde (1996) assinala que, de 1945 a 1965, as pesquisas procuraram constituir uma clínica das afecções mentais que poderiam ser geradas pelo trabalho.

¹⁷ Para discorrer sobre este tópico exploraremos, além de outros materiais, também aqueles desenvolvidos em minha dissertação de mestrado (SOUZA, 2004).

Essa primeira vertente da PPT engloba os estudos de Le Guillant e Bégoïn, os quais procuraram evidenciar as síndromes que afetam a saúde mental de algumas categorias profissionais (empregadas domésticas, telefonistas, mecanógrafos). Até o final da Segunda Guerra Mundial grande parte dos estudos acerca das dimensões psíquicas nos mundos do trabalho encontrava-se no interior da Sociologia Industrial, Engenharia e Medicina do Trabalho. “Outra parcela dos estudos está presente, a partir do final da segunda guerra mundial, no interior de uma disciplina clínica, que se constituiu a partir da Psiquiatria e da Psicopatologia Social, na França, denominada Psicopatologia do Trabalho (PPT)” (ATHAYDE, 1996, p. 74).

Dejours (1992, p. 11) entende que a PPT “ficou no estado embrionário, apesar de alguns trabalhos importantes dos anos 50” e produziu, em seus primórdios, uma literatura restrita. Em contraponto a essa afirmação, Athayde (1996, p. 74) considera que “as críticas de Dejours aos autores clássicos da PPT (como Le Guillant) parecem ignorar a relevância destes estudos, ou distorcer sua importância histórica”. Alguns estudos recentes (ZAMBRONI-de-SOUZA; ATHAYDE, 2006; LIMA, 1998, 2002; CLOT, 1996; DORAY, 1996; LE GUILLANT, 1984) têm apontado a importância dos primeiros estudos em Psicopatologia do Trabalho, ressaltando, especialmente a notável contribuição de Le Guillant, um autor cuja obra é praticamente desconhecida no Brasil, lamentavelmente. Vejamos algumas importantes contribuições dessa corrente.

Em 1957, Jean Bégoïn descreveu a “neurose das telefonistas” e a “neurose dos mecanógrafos”. Em 1963, Le Guillant pôs em evidência as síndromes que afetavam especificamente a saúde mental das empregadas domésticas, estudo que vem sendo resgatado em suas riquezas conceituais e metodológicas por Doray (1996) e Clot (1996). Paul Sivadon, por sua vez, voltou-se para o estudo das condições favoráveis do trabalho para a readaptação social dos doentes mentais e desenvolveu a Ergoterapia, surgindo daí as primeiras experiências de oficinas de trabalho protegidas. Também nessa época, Claude Veil analisou as diferentes formas de organização do trabalho e esboçou com a Liga Francesa de Higiene Mental os princípios de uma higiene mental no trabalho.

Adolfo Fernandez-Zoïla, por sua vez, passou a investigar, sob a orientação de Ignace Meyerson, o modo como o trabalho incide sobre o psiquismo individual, de uma perspectiva fenomenológica. Mais tarde, Jean-Jacques Moscovitz explorou, de

uma perspectiva psicanalítica, a relação subjetiva no trabalho dos condutores de trens.

Ainda que não seja uma opinião compartilhada pelos autores que ressaltam a importância dos primeiros estudos em Psicopatologia do Trabalho (PPT), Dejours (1993) afirma que as primeiras publicações nesse campo não puderam ultrapassar (apesar de criticá-lo) um modelo causalista que postulava que as *contraintes*¹⁸ do trabalho poderiam provocar afecções psicopatológicas. A pesquisa clínica nessa época objetivava identificar as síndromes ou doenças mentais provocadas pelo trabalho, considerado deletério para a saúde mental dos trabalhadores. Por isso, para ele, os seus trabalhos e do grupo que com ele trabalhava nos anos 70, que conduziram à publicação de *Travail: usure mental. Essai de Psychopathologie du Travail*¹⁹, em 1980, inscreviam-se nessa tradição. Esta seria a primeira das seis vertentes da PPT apontadas pela literatura e descritas por Dejours e Dopler (1985), conforme nos apresenta a análise presente em Athayde (1996, p. 75-77).

Christophe Dejours tornou-se a figura mais conhecida da sexta vertente da PPT (AOCIP, conforme veremos adiante), cujos caminhos passaremos a descrever.

A partir de 1973, juntamente com um grupo de pesquisa-intervenção, Dejours desenvolveu enquetes (método próprio desta vertente) em diversos setores industriais, ainda sob influência do modelo causalista e ideológico predominante. A partir de 1978 as investigações de Dejours e seu grupo passaram a se interessar pelas conseqüências mentais do trabalho, mesmo quando não surgiam doenças mentais nitidamente caracterizadas. Inicialmente, a organização do trabalho - conceito-chave - foi considerada como um dado pré-existente ao encontro entre homem e trabalho. Era então compreendida como algo rígido, monolítico, que permitia pouca ou nenhuma reação frente às suas pressões.

¹⁸ Conforme Athayde (1999, p. 211), "Este conceito da Ergonomia tem sido traduzido freqüentemente por *exigência*, mas será necessário buscar outra palavra, que incorpore o sentido de pressão, de constrangimento", de obrigação frente às regras de trabalho. Acrescenta (comunicação pessoal) que outros autores têm proposto o neologismo *contrante*, mas na inexistência de consenso, opta por manter o vocábulo no original.

¹⁹ Aproveitamos para chamar atenção aqui para o título original em francês, o qual não faz nenhuma referência à 'loucura' e sim à categoria *usure/desgaste*, que até um certo período foi muito utilizada na França e atualmente encontra-se com menos vigor. Seligmann-Silva é uma autora brasileira que deu ênfase a essa categoria em um de seus livros: Seligmann-Silva (1994a). Nesse livro, intitulado *Desgaste mental no trabalho dominado*, a autora, após apresentar diversas abordagens no campo da saúde mental do trabalho, propôs o uso do termo *desgaste* como uma opção conceitual integradora. Cumpre registrar ainda que a obra de Dejours tratava-se de um Ensaio (*Essai*), ou seja, uma apresentação por ele próprio designada como não exaustiva nem muito rigorosa. Apesar disso, talvez por ter sido a obra que, publicada no Brasil em 1987, deflagrou no país uma importante discussão sobre o tema saúde mental e trabalho, teve e ainda tem grande influência sobre os pesquisadores brasileiros. Nesta tese está sendo utilizada a publicação brasileira, em sua 5ª edição ampliada (DEJOURS, 1992).

A partir de novas observações, os pesquisadores passaram a perceber que os trabalhadores não eram passivos frente às pressões organizacionais. Ainda que sofressem, conseguiam a elas resistir através da construção de sistemas defensivos individuais e coletivos. Esses sistemas, destinados precisamente a lutar contra as conseqüências mórbidas do trabalho, não protegiam totalmente os trabalhadores, pois à medida que mascaravam o sofrimento (sistemas defensivos denominados “ideológicos”), poderiam contribuir para agravá-lo. No entanto, constatou-se que o sofrimento psíquico conduzia mais à eclosão de doenças do corpo do que à aparição de doenças mentais clássicas. A referência inicial para essa nova análise era o modelo psicanalítico do funcionamento psíquico.

A complexidade das novas situações de trabalho levou a vertente representada por Dejours a fazer uso dos materiais da Antropologia Psicanalítica, sem, no entanto, deixar de assinalar os limites da Psicanálise para lidar com as questões referentes à relação homem-trabalho, conforme pode ser verificado desde o ensaio de 1980 de Dejours.

Em relação a isso Athayde (1996, p. 77) registra que:

Para alguns membros do grupo de pesquisa, entretanto, este novo tipo de encaminhamento estaria passando a favorecer preocupações psicologistas, individualistas (logo, contrárias à emancipação), tornando-se reacionário (pois o projeto político-científico da PPT contava com uma ação de críticas ao capitalismo, enquanto violência ao psiquismo no ambiente de trabalho).

Alguns membros foram gradativamente abandonando determinados encaminhamentos de Dejours e houve uma divisão do grupo. Os remanescentes passaram, então a se reunir, junto a Dejours, em torno da nova associação que fundaram em 1978: a AOCIP – *Association pour l'Ouverture du Champ d'Investigation Psychopathologique* (Associação para a Abertura do Campo de Investigação Psicopatológica). Os estudos iniciais dessa vertente giraram em torno da forma de organização taylorista-fordista.

Dejours, em seu *ensaio* de 1980 (DEJOURS, 1992) aponta que o sistema de trabalho “taylorizado” baseia-se em uma estratégia que pretende controlar e padronizar as gestões singulares e desapropriar o *know-how* coletivo. Buscando dividir a complexidade da atividade de trabalho em gestos elementares, Taylor tinha a intenção de criar um modo operatório racionalmente estabelecido (certamente buscando a incorporação da ciência ao processo de valorização de capital). Taylor

não parece ter simplesmente desconsiderado a subjetividade do trabalhador, ao contrário, fez um dado uso dessa subjetividade para os objetivos da produção nos moldes capitalistas. O que é explorado pela organização do trabalho taylorizado são, principalmente, os mecanismos e sistemas de defesa contra o sofrimento, parte daquilo que os trabalhadores põem em ação para dar conta das injunções do trabalho.

Baseado na busca do fracionamento máximo, da rigidez intangível, na separação entre concepção e execução, planejados por órgãos de execução e órgãos de concepção, no isolamento e na hierarquia, este modo operatório taylorizado acabou por provocar inúmeras consequências danosas aos trabalhadores, atingindo aquilo que se denominou sua “economia psicossomática”, conforme herança conceitual da abordagem de Marty (1993).

O ensaio de Dejours, desde a sua publicação na França em 1980, tornou-se importante pelo interesse e pelo alcance que obteve (com impactos no Brasil e também no Canadá), constituindo-se em um instrumento que favoreceu o diálogo em torno do tema da relação saúde-trabalho e das relações entre o trabalho e a vida psíquica. Nesse livro, Dejours assinala que o ano de 1968 aparece como uma data representativa na história da relação saúde-trabalho por que no centro do discurso das manifestações ocorridas em maio de 68 na França encontrava-se a luta contra a sociedade de consumo e contra a alienação. Os manifestantes apontavam o trabalho como a principal causa do que denominavam *alienação*. Cabia então perguntar o que, no trabalho, poderia ser acusado como fonte de alienação, de nocividade para a vida mental. Desde então a busca de novos aliados foi decisiva para as produções subsequentes.

Dejours (1993) registra que a visão da organização do trabalho como um conjunto de pressões massivas, monolíticas, inabaláveis, inexoráveis foi gradativamente sendo modificada com o desenvolvimento das pesquisas. Ele reconhece que, no caso da PPT esta visão só pôde se desenvolver por conta de um duplo diálogo iniciado desde os anos de 1970: com as ciências da saúde, através da Psicanálise por um lado, e, por outro lado, com as ciências do trabalho, através da Ergonomia (da Atividade, tendo como intercessor Alain Wisner).

Do final dos anos 70 e início dos anos 80 em diante, novas pesquisas se desenvolveram a partir de um diálogo mais íntimo entre a PPT e esta Ergonomia. As

pesquisas que conduziram ao ensaio de 1980 de Dejours originaram-se por volta do ano de 1976 em torno do Laboratório, então dirigido por Alain Wisner, do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios (CNAM – *Conservatoire National des Arts et Metiers*) de Paris (WISNER, 1996).

O diálogo com a Ergonomia da Atividade, iniciado desde o final dos anos 70, foi fundamental para disparar um novo caminho de análise. Passou-se a verificar que além da defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real, a primeira é ela própria eivada de contradições, ao ponto que é impossível trabalhar se quisermos respeitar todas as normas prévias.

A ênfase da Ergonomia na recusa do trabalho como simples execução técnica da prescrição remete à existência de uma defasagem irreduzível entre tarefa prescrita e atividade ‘real’ de trabalho. Essa diferença é verificável mesmo nas tarefas mais fragmentadas, consideradas como se fossem tarefas de estrita execução e mesmo sob uma organização do trabalho estabelecida de forma rígida e controlada (como o taylorismo). A legitimidade científica desta descoberta foi fundamental para considerar uma dimensão específica das situações de trabalho: a de que é impossível trabalhar respeitando todas as normas prévias, seguindo apenas as prescrições. A existência dessa defasagem abre espaço de ajustamento ao que Dejours vai posteriormente designar como a “resistência do real”, quando o fracasso demanda a subjetividade.

A organização do trabalho poderá ser estruturante ou não para a identidade do trabalhador, entendida por Dejours (1993, p. 228) como “armadura da saúde mental”. Caso a hierarquia imponha a prescrição, estreitando no limite a necessária contribuição dos trabalhadores, nova fonte de sofrimento mental patogênico estará ativada.

Dejours e Abdoucheli (1994b, p. 122) assinalam que, com o desenvolvimento das pesquisas em PPT, pouco a pouco se esboçou “outro modelo teórico que tentava dar conta dos dados empíricos, buscando, sobretudo tematizar o *sofrimento* no trabalho e as *defesas* contra a doença (itálicos dos autores)”. Consideram, então, ter havido uma virada teórica quando as pesquisas passaram a demonstrar que, na sua maioria, os trabalhadores conseguiam evitar a loucura, apesar das pressões deletérias da organização do trabalho.

2.2.1 - Uma clínica da normalidade e das defesas frente ao trabalho

Para Davezies²⁰ (1992 apud ATHAYDE, 1996, p. 77), Dejours teria revertido a questão da PPT, redefinindo seu campo com uma nova pergunta: “como fazem os trabalhadores para não ficarem doentes frente a situações de trabalho deletérias?” Esta virada teria então fundado um novo desdobramento da PPT. A normalidade surge como o enigma, como a questão central da investigação e da análise. A normalidade é considerada como um produto de uma dinâmica humana, como um equilíbrio instável que se dá como resultado de estratégias complexas, um equilíbrio fundamentalmente precário, entre sofrimento e defesas contra o sofrimento.

“O deslocamento da PPT clássica para uma psicologia da normalidade redefiniu esta sexta vertente, cujo objeto de estudo já não era mais a doença mental, mas o sofrimento” (ATHAYDE, 1996, p. 78).

2.2.2 - As defesas contra o sofrimento no trabalho: os sistemas defensivos de tipo estratégicos e ideológicos

Vimos que nos primeiros estudos em PPT o trabalho era considerado essencialmente como gerador de sofrimento. A partir da segunda metade dos anos 80, especialmente por conta das discussões engendradas no *Seminário Interdisciplinar de Psicopatologia do Trabalho* (que transcorreu em 1986 e 1987, coordenado por Dejours e cuja sistematização dos trabalhos apresentados foi publicada em 1988), realçou-se ainda mais a idéia de que o trabalho poderia também ser fonte e meio de prazer, de realização, de construção, de criação. O tema do seminário, “*Prazer e sofrimento no trabalho*”, assinala bem essa ambivalência do trabalho.

Mas a consideração da possibilidade de prazer com o trabalho não anula, ao contrário, reafirma a idéia de que uma organização do trabalho estabelecida de forma rígida, de modo a dar pouca ou nenhuma margem de mobilidade, normatividade, criatividade, escolha ou satisfação ao indivíduo pode produzir sofrimento. Isso leva o trabalhador a elaborar sistemas de defesa psicológicos

²⁰ Outro importante autor do campo da PDT, embora crítico quanto aos rumos que as análises de Dejours vêm tomando (DAVEZIES, 2002).

individuais ou coletivos para manter seu equilíbrio psíquico e evitar descompensações psicopatológicas ou psicossomáticas.

Em face de uma perda de sentido ou à confrontação com uma situação de trabalho que o faz sofrer, o trabalhador não fica passivo ou neutro. Individual e coletivamente o trabalhador, para lutar contra o sofrimento, recorre a um patrimônio que se designa genericamente “estratégias de defesa”. Esta foi uma das descobertas mais importantes das pesquisas em PPT: a da existência dos sistemas defensivos²¹ construídos, organizados e gerenciados coletivamente pelos trabalhadores. Por intermédio dessas pesquisas pôde-se verificar que os trabalhadores, enquanto coletivo, utilizam-se de *estratégias defensivas* (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b, p. 127) para se protegerem contra o sofrimento patogênico (com o qual seria insuportável lidar), no intuito de modificar, transformar e, em geral, eufemizar a percepção que têm da realidade que os faz sofrer.

Os estudos de Damien Cru sobre o trabalho na construção civil (CRU, 1983) foram fundamentais, na medida em que revelaram a existência e a particularidade dos sistemas defensivos que, estabelecidos coletivamente, permitem lidar com o medo e a angústia no trabalho através do realce a tudo que esteja no registro da coragem, da força física e da virilidade. As estratégias defensivas coletivas pressupõem a construção de regras e, portanto, suporiam um acordo normativo, um consenso, estando assim, na dependência direta das condições externas (concretas, reais) de sua criação e manutenção e tendo um papel essencial na estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão e estabilização e, portanto, na consecução do trabalho.

De outro modo, as defesas podem se radicalizar, quando funcionam mascarando o sofrimento, dificultando ou impedindo a luta contra as pressões patogênicas da organização do trabalho e a conseqüente transformação da realidade. Essas defesas coletivas, na medida em que se tornam um objetivo, um fim em si mesmas, impedindo o reconhecimento do sofrimento como decorrente do trabalho, podem freqüentemente funcionar como obstáculo para a avaliação da realidade, para a emancipação e a mudança do que tem caráter penoso. Neste

²¹ No entendimento de Athayde (comunicação pessoal) – que adotamos na tese – a expressão mais geral *sistema* (defensivo), que segundo ele chegou a ser assim formalizado por Dejours (1988), é melhor/mais adequada, pois oferece o campo de visibilidade para as defesas de tipo estratégico (estas sim viabilizadoras de saúde e segurança) e seu deslizamento para a defesa de tipo “ideológico”.

segundo caso, fala-se de “*ideologia defensiva*” (DEJOURS, 1992, p. 27; DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b, p. 130), o que pressupõe um uso patológico destas defesas, tornando-se fonte de prazer em si, independente da fonte de sofrimento que a gerou.

Inúmeros estudos em PPT/PDT (o ensaio *Travail: Usure mentale* é um exemplo) têm demonstrado a ocorrência desses procedimentos defensivos em diferentes atividades de trabalho: construção civil, indústria petroquímica, setor nuclear, etc., assim como apontam que o sofrimento e os procedimentos defensivos postos em ação para lidar com o sofrimento podem, com efeito, ser utilizados ou explorados pela empresa (vocábulo aqui entendido como qualquer empreendimento, público ou privado, formal ou informalmente estruturado) via organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

Nesta perspectiva, o sofrimento resultante do conflito entre o funcionamento psíquico e a organização do trabalho suscitaria sistemas defensivos que também poderiam se dar no plano individual. No entanto, aquelas que mais interessaram aos estudiosos e pesquisadores de PPT/PDT são os sistemas defensivos construídos, organizados e geridos coletivamente, como dissemos. Nesse segundo caso percebeu-se em algumas situações de trabalho que, na dificuldade ou impossibilidade de lidar com a rigidez de certas pressões organizacionais, os trabalhadores utilizam-se ou põem em ação artifícios complexos para minimizar a percepção dessas pressões que geram sofrimento e assim poderem continuar a trabalhar.

Por envolverem o conjunto dos trabalhadores de uma determinada empresa ou setor, mesmo não tendo o poder de modificar a realidade vivida, os sistemas defensivos podem ter uma “eficácia simbólica” (DEJOURS, 1992, p. 71). Ao funcionarem como regras (defensivas), as estratégias defensivas e as ideologias defensivas supõem um consenso ou acordo compartilhado. É por intermédio desse acordo normativo que os sistemas coletivos de defesa se sustentam e se transmitem. A negação da percepção da realidade (riscos, perigos, danos à saúde, pressões de um modo geral) é operada coletivamente. Assim, constrói-se uma nova realidade que é validada pelo coletivo (ou comunidade de pertença), o que demonstra que os sistemas coletivos de defesa têm um papel essencial na estruturação, coesão e estabilização dos coletivos de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b).

O risco dos sistemas de defesa coletivos reside no fato de eles poderem se transformar em ideologia defensiva e alimentarem uma resistência à mudança do que pode estar sendo nocivo. No momento em que os trabalhadores conseguem estruturar e necessitar dessas defesas para manterem-se trabalhando passam a hesitar em questioná-las, pois são elas que estão garantindo a continuidade do seu trabalho. Dejours e Abdoucheli (1994b, p. 130) apontam para a possibilidade de “alienação” dos trabalhadores quando “a estratégia corre o risco de ser promovida a objetivo”. As conseqüências podem ser graves tanto nos planos social e técnico quanto no psíquico e no somático.

A partir do exemplo da denominada “ideologia da vergonha do subproletariado”, Dejours (1992) apresenta algumas características do que seja uma ideologia defensiva:

- tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave;
- é um sistema de defesa elaborado por um grupo social particular, tem, portanto uma especificidade;
- é destinada a lutar contra um perigo e um risco *reais*, não é dirigida contra uma angústia proveniente de conflitos intra-psíquicos de natureza mental;
- sua eficácia depende da participação de todos os interessados;
- deve ser dotada de uma certa coerência, o que supõe certos arranjos com a realidade;
- têm sempre um caráter vital, fundamental, necessário.

Dejours (1992, 1994) cita como exemplos de estudos que abordam as ideologias defensivas profissionais aqueles realizados com trabalhadores da construção civil e com operadores da indústria de processo.

2.2.3 - A ambivalência do sofrimento psíquico e a relação corpo-mente

Na atualidade há uma tendência ao apelo estrito aos aspectos cognitivos, intelectuais, afetivos dos trabalhadores, uma valorização da criatividade e da polivalência, o que, aparentemente, teria como resultado uma diminuição da

importância da atividade física entre os fatores de produção. No entanto, Dejours (1992, p. 21) já assinalava que tornar dócil um corpo não é uma tarefa fácil e “depende de uma estratégia inicialmente concernente ao aparelho mental, para dele anular as resistências que ele opõe, espontaneamente à exploração”. Segundo este autor, até indivíduos dotados de uma sólida estrutura psíquica podem ser vítimas de uma “paralisia mental” induzida pela organização do trabalho.

O sofrimento começaria quando a relação entre a situação de trabalho e as aspirações do sujeito estaria bloqueada. Quando a situação de trabalho é cenário apenas de ansiedade, insatisfação, frustração, indignidade, sentimento de inutilidade, desqualificação e não-reconhecimento dela pode resultar uma vivência depressiva, que, segundo Dejours (1992, p. 49) “alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual, de anquilose mental, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo”.

A concepção do sofrimento foi sendo alterada no decorrer das pesquisas. Em uma primeira aproximação referia-se ao campo que separa a doença da saúde. O sofrimento estaria compreendido no espaço entre as duas, seria um sofrimento, estrito senso, quer dizer, patogênico, resultante de um bloqueio na relação do homem com a organização do trabalho e da luta contra as forças que nessa relação o impulsionariam natural e evolutivamente para a doença.

Numa segunda acepção, fica evidenciado que o sofrimento é concebido como uma noção válida em PPT, mas não transferível a outras disciplinas, especialmente a Psicanálise. Passa-se a considerar ainda, a luta contra as forças adoecedoras, mas não mais no sentido estrito de evolução para a doença, e sim englobando o espaço de liberdade, de criação, de invenções, de ações que possibilitam uma negociação com a organização prescrita do trabalho. Essa mobilização, individual ou coletiva, do(s) trabalhador(es) no enfrentamento das *contraintes* do trabalho estariam compreendidas no que Dejours e Abdoucheli (1994b, p. 127) chamaram de um “sofrimento compatível com a normalidade e com a salvaguarda do equilíbrio psíquico, mas que implica toda uma série de procedimentos de regulação”. Passam assim, os autores a distinguir adiante (p. 136-137) dois tipos de sofrimento: o “sofrimento patogênico” e o “sofrimento criativo” (ou “sofrimento criador”).

2.2.4 - A emergência e os caminhos da Psicodinâmica do Trabalho (PDT)

Cada vez mais a inspiração das ciências hermenêuticas se faz presente no esforço de compreender o que impulsiona o indivíduo à *ação* no trabalho, operando com os critérios de *sentido* para compreender as dificuldades vividas pelos trabalhadores (VÉZINA, 2003, p. 111). A PDT vai então buscar identificar elementos que permitem aos trabalhadores manter um equilíbrio psicológico em um contexto tão adverso.

Foi o deslocamento qualitativo na definição do objeto de estudo, passagem da patologia para a normalidade, que conduziu, no início da década de 90, à proposição da nova denominação para designar esta abordagem: “análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho”, “análise psicodinâmica das situações de trabalho”, ou simplesmente, “Psicodinâmica do Trabalho” (DEJOURS, 1993). Essa passagem é seguida de consequências práticas e teóricas e abre perspectivas mais amplas que não concernem mais apenas ao sofrimento, mas também às possibilidades de prazer no/com o trabalho. Também não concernem mais apenas à organização do trabalho, mas às *situações* de trabalho no detalhe de sua dinâmica interna.

A idéia de que há uma psicodinâmica presente na relação dos homens e das mulheres com seu trabalho já havia sido proposta por Dejours desde o seu ensaio de 1980, conforme podemos ver no seguinte trecho:

“Uma boa adequação entre a organização do trabalho e a estrutura mental do operário é possível; isso impõe, em cada caso, um ponto de vista detalhado, apoiado por uma análise precisa da psicodinâmica da relação homem/trabalho” (DEJOURS, 1992, p. 134).

Desde então, doze anos se passaram (sendo necessário mais um ano até a publicação do ‘adendo teórico’ de *Travail: Usure mentale*, em sua nova edição, revista e ampliada, tendo como novo sub-título “De la psychopathologie à la psychodynamique du travail”).

O que há de mais inovador não é apenas a denominação, mas o avanço, confirmando a direção para além de uma abordagem agressológica, impactológica, causalista, agregando mais ênfase nessa nova análise à riqueza contraditória e

dramática (criativa, subjetiva, cognitiva, afetiva, coletiva) contida no ato de trabalho e de que a relação dos homens e mulheres com o trabalho é uma via de mão-dupla.

Mesmo sem abandonar de todo o referencial psicanalítico, Dejours (1993) acentua suas críticas à Psicanálise (já presentes desde o ensaio de 1980), no que concerne às dificuldades ou impossibilidades para que ela possa dar conta da análise das situações de trabalho. Em 1980, já apontava na introdução do seu *Ensaio* que a Psicanálise seria imprópria para dar conta das relações de trabalho, na medida em que não consegue dar conta da unicidade do drama (utiliza assumidamente a expressão no sentido que o faz Politzer) existencial vivido pelos trabalhadores e fornece um quadro de referências teóricas e conceituais que dificultam a elaboração de concepções diferentes.

Em outro texto (DEJOURS, 1994) acrescenta que a Psicanálise não chega a romper a barreira do solipsismo, posto que fica limitada por uma subjetividade estritamente dual e não atribui ao meio ambiente senão uma função de fator desencadeante ou de revelador de condições preexistentes ao aparecimento da doença ou relacionadas à fraqueza do sujeito, deste modo apartando-o do referencial sócio-histórico no qual está inscrito.

Não obstante essas e outras críticas que faz à Psicanálise, em alguns de seus estudos sobre o trabalho, Dejours explicitamente afirma que “a psicopatologia do trabalho baseia-se num modelo de homem e de subjetividade emprestado da psicanálise” (DEJOURS, 1992, p. 157) e justifica sua “referência à teoria psicanalítica do funcionamento psíquico” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994b, p. 126). Por conta disso, Lima (2002) aponta que Dejours sempre manifestou uma forte ambigüidade a respeito da Psicanálise, rompendo continuamente com ela, mas sempre recorrendo a seus pressupostos mais importantes.

Vendo de outro modo, pode-se entender que não seja exatamente ambigüidade, mas um uso do que lhe interessa, absolutamente legítimo e pertinente. Dejours, com formação na Escola de Psicossomática de Paris (P. Marty), sem deixar de considerar que algumas contribuições da Psicanálise podem ser úteis aos estudos sobre a dinâmica da relação homem-trabalho, tem procurado apontar exaustivamente em seus estudos os obstáculos teóricos e os impasses que deveriam (e talvez ainda devam) ser ultrapassados para sua aplicação.

Uma outra ordem de problema em relação ao uso da Psicanálise por Dejours, talvez possa ser localizada, por exemplo, na temática da ressonância simbólica, uma vez que nela há o risco do fechamento da questão do investimento e da criação de forma limitada, conforme veremos adiante, na crítica de Schwartz (2000) a esse respeito.

Em 1993 Dejours registrava que depois de ter largamente recebido empréstimos da Psicanálise em seus estudos, a PDT procedeu a uma *démarche* inversa, qual seja interrogar a Psicanálise sobre ela mesma a partir das questões levantadas pela clínica do trabalho. Propõe assim, a possibilidade de uma análise sistemática da prática psicanalítica à luz da PDT, o que, segundo ele, poderia conduzir a renovar a problematização do real e do dispositivo técnico (o enquadre) na teoria e na condução da cura.

Na perspectiva da PDT, Dejours (1997, p. 40) definiu o *real* como “aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico. Em outros termos, o real é aquilo sobre o qual a técnica fracassa”, estando, portanto, consubstancialmente ligado ao fracasso, ao imprevisto, às infidelidades do meio e às ações e experiências vividas para lidar com eles. Na acepção de Dejours, o real distingue-se conceitualmente da realidade. Sendo esta última considerada como um estado de coisas, o real seria então, a parte da realidade que resiste à descrição, à simbolização, não remetendo exclusivamente à materialidade físico-químico-biológica do mundo, visto que o mundo é também um mundo social e o *real do social* faz parte integral do real do mundo.

Dejours (1992) ressalta que o trabalho seria preponderante na regulação da economia psicossomática e também na dinâmica de construção/fortalecimento da identidade (DEJOURS, 1993; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Seligmann-Silva (1995) também aponta para a importância da relação entre trabalho e construção de identidade.

Sabemos que o uso do termo *identidade* suscita polêmica, já que pode remeter a concepções que apregoam uma certa estabilidade, uma essência, uma estrutura invariante. Contudo, parece-nos que o uso da noção de identidade presente na concepção dos dois autores citados apontaria para uma qualidade dinâmica da identidade, na medida em que engloba as formas histórico-sociais em

que esta se desenvolve, cujos modos e alternativas se produzem no contexto em que se vive, da inserção da pessoa no mundo – conforme podemos ver na diferenciação entre identidade e personalidade de Dejours (1993, p. 228) – e não para uma essência, para algo estável e inerte, isto é, para aquilo que é alvo da pertinente crítica de Rocha (1999, p. 189), ou seja, aquilo que se apresenta como um “conjunto de parâmetros fixos e pré-constituídos que delineiam certos modos/modos certos de pensar, de avaliar e de posicionar-se nas situações”.

Conforme a Psicanálise, o ser humano está sempre confrontado a desafios, buscando neste processo uma via para suas pulsões, compatível com sua inserção social e através da qual possa construir sua própria história (VÉZINA, 2003). Ou seja, realizar-se no campo social, no contexto de um trabalho visto como “produtivo”, pode também representar a vitória sobre a morte e uma proteção contra a angústia que ela gera. Como assinala Vézina (2003, p. 112), “para além da ‘reprodução’, ou da ‘procriação’, o indivíduo pode sobreviver graças a suas atividades de ‘produção’, ou de ‘criação’”.

Ainda conforme Vézina, a PDT agrega à Psicanálise que a identidade do sujeito não se limita, não é simples efeito da história infanto-juvenil do sujeito, ou de sua herança transgeracional. Para compreender as psicopatologias e a psicodinâmica do trabalho seria preciso entender que todo indivíduo demanda realizar-se no campo do trabalho (não estamos falando de emprego), pois *trabalhar* constitui-se em um campo de ação privilegiado para nova oportunidade de inscrever em uma “outra cena” as apostas identitárias. Um trabalho *estruturante*, nesta abordagem, será aquele que permita ao indivíduo mobilizar sua personalidade para liberar determinantes de sua história singular e assim construir sua identidade e sua liberdade.

Feita esta ressalva, podemos seguir com Dejours. Este autor aponta para a importância do olhar do outro, na construção da identidade em situação de trabalho, da dinâmica do reconhecimento (DEJOURS, 1995). O que acontece no campo social mais amplo, traduz-se no campo do trabalho (onde estão inscritas relações sociais de trabalho, onde se operam linguagem, práticas, regras e códigos específicos, uma dada forma de organização do trabalho) pela capital importância do julgamento do outro sobre a capacidade do fazer, considerando-se aí a inscrição coletiva deste fazer.

Tais questões envolvem a mobilização psicológica, o investimento de si pelos trabalhadores, passando pelo respeito (ou não) às regras de trabalho, pelo julgamento equitativo sobre o trabalho realizado (o fazer) – o que equivale ao reconhecimento da contribuição singular do trabalhador (originalidade) para um trabalho que é sempre coletivo (pertencimento).

Estas regras definem-se em um plano não apenas da ordem técnica de operação, como de regras sociais, de respeito à saúde e à convivência social. São resultado de trocas sociais – formais e informais – que têm uma história. Neste mesmo sentido, sua elaboração, como sua operacionalização exigem, pressupõem a existência de coletivos de trabalho, no sentido que encontramos em Athayde (1996). Para a PDT esta construção e evolução convocam *espaços de discussão internos*²². Caso contrário dar-se-ia a fragilização e/ou destruição destes coletivos, destes laços sociais, inviabilizando o julgamento e o reconhecimento, além de prejudicar seriamente a cooperação e a coordenação do trabalho.

Para podermos sistematizar alguns dos pontos tratados até aqui, recorreremos a outros conceitos presentes nos estudos de PDT.

2.2.5 - A inteligência posta em prática nas situações de trabalho²³: uma *inteligência astuciosa*

A abordagem psicodinâmica do trabalho opera com uma concepção do 'sujeito' no trabalho em que todo indivíduo busca uma *realização*, um *acabamento* de si, no processo mesmo de trabalho, a partir dos desafios que se colocam, mobilizando corpo-alma, sua racionalidade *pathica*²⁴, sua inteligência *do corpo* e sua criatividade. Todo este encaminhamento, do ponto de vista da saúde, vai estar ligado à existência de espaço de autonomia para tal: busca de *realização*, ligada à conquista de *identidade*, no movimento de investir uma contribuição pessoal no interior de uma obra comum, pessoal e socialmente valorizada.

²² Estes espaços seriam os embriões de espaços públicos de aprendizagem e exercício da democracia, como registra Vézina (2003, p. 114).

²³ Esse tipo de inteligência, tratada em estudos de PPT/PDT e 'Psicologia Histórica', tem sido denominada de diversas formas: inteligência do trabalho, inteligência da prática, inteligência astuciosa ou criadora, inteligência do corpo, etc. Assim, usaremos livremente os termos que a designam quando estivermos tratando do assunto em questão.

²⁴ Dejours e Abdoucheli (1994b, p. 120) assinalam que a raiz *pathos* "remete ao sofrimento e não só à doença ou à loucura". Dejours (1999, p. 45) acrescenta que o termo *pático* remete "ao sofrer e ao sofrimento, ao padecer e à paixão, com suas conotações de passar por, sentir, experimentar, suportar, agüentar situações que gerem dor ou prazer".

Como compreender “o engendramento, a mobilização e o funcionamento complexo da “inteligência” no desafio cotidiano da vida e do trabalho” (ATHAYDE, 2001)? Incorporando o que aponta a Ergonomia da Atividade, a PDT (DEJOURS, 1997; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DAVEZIES, 1993) destaca a importância de se considerar os modos operatórios reguladores de que os trabalhadores se utilizam para dar conta da tarefa, do prescrito. São esses modos operatórios que configuram o “trabalho real”, a atividade.

O trabalho real (e o *real* do trabalho e o *real* da atividade [SILVA; ATHAYDE, 2008]) é exercido por pessoas concretas em um meio concreto e repleto de variabilidades, sendo necessário para o exercício da atividade a formação de compromissos, ajustes, regulagens, processos inter e intra-subjetivos, mobilização de várias ordens.

Dejours, como frequentemente assinalamos, agrega a contribuição decisiva da Ergonomia à teoria do trabalho: ter revelado o caráter incontornável, inexorável, inesgotável e sempre renovado do real no trabalho. Para ele, o “real do trabalho” (DEJOURS, 1997, p. 42) é uma dimensão essencial à inteligibilidade dos comportamentos e das condutas humanas em situação concreta. Um real que só se faz apreender diante do fracasso, isto é, sob a forma de revés.

A inexistência de falhas, de erros, de imprevistos é uma ilusão daqueles que ocupam os níveis elevados da hierarquia organizacional (os ‘decisores’, a administração, as gerências), pois a prescrição, aquilo que se deseja que seja realizado, se depara o tempo todo com os reveses. Ao se defrontarem com o real do trabalho é que os operadores, imaginando, inovando, inventando, enfim, engajando seu corpo e sua inteligência – a *inteligência do corpo* –, realizam e dão forma ao trabalho real. Nesse sentido, na página 43 da obra citada, Dejours assinala a diferença teórica entre trabalho real (que exprime a realidade da atividade) e real do trabalho (os limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho).

Vimos que o exercício da atividade requer sempre um ajustamento das relações entre a tarefa – aquilo que foi prescrito, normatizado, determinado para ser executado – e o trabalho real, que se defronta com inúmeras formas de pressão, dificuldades, imprevistos, enfim, obstáculos os mais diversos.

Essa perspectiva aponta para a dimensão humana do trabalho. É o ser humano quem, vivendo o real do trabalho, se coloca além da prescrição, supera a ordem tecnológica-maquinal, para dar conta dos “acontecimentos”, dos “eventos” (ZARIFIAN, 2001a), dos imprevistos.

Para Canguilhem (2000), o ser humano vive no meio de um mundo de acidentes possíveis, onde tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. Nesse sentido o meio (*milieu*) é infiel, e essa infidelidade do meio é exatamente seu devir, sua história. A saúde, para Canguilhem, seria uma margem de tolerância às infidelidades do meio.

A dimensão criadora e saudável dos seres humanos tem inúmeras possibilidades de se manifestar, precisamente aí, na atividade que se exerce em situações de trabalho. A potência criadora, imaginativa e prática, será mais ou menos desenvolvida de acordo com as possibilidades de ação sobre o real.

Para lidar com os acontecimentos, que mobilizam privilegiadamente a riqueza do real do trabalho, aquele que trabalha, dentre outros recursos que mobiliza, faz uso de uma forma de inteligência originada da sua experiência real e da sua concepção sobre a atividade. Esse processo de mobilização subjetiva se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e está intimamente relacionado, como assinalado anteriormente, com a existência ou não de um *espaço público* de discussões sobre o trabalho.

A utilização dos recursos da inteligência mobilizada na situação real de trabalho e a criação, manutenção e utilização de um espaço de discussões nos locais de trabalho dependem, segundo a PDT, de como se articula a dinâmica contribuição-retribuição – cujos primeiros efeitos se dão/se observam em relação ao trabalho realizado e não à pessoa – e pressupõe o reconhecimento do engajamento e da contribuição do trabalhador pelos pares, pela hierarquia e pelos clientes/usuários.

No exercício da atividade de trabalho, não é suficiente mobilizar a inteligência teórica (a deusa *Palas Atenas*, na mitologia grega), é necessário usar a “engenhosidade”²⁵ (a deusa *Métis*), interpretar, improvisar, ser astucioso, criar, inventar, disfarçar, subverter e até transgredir. Para isso é preciso apelar para uma

²⁵ Segundo Athayde (1996, p. 90): “compensação parcial ao insucesso por processos que implicam a subjetividade”.

inteligência da ação, produzida no próprio exercício do trabalho, para dar conta do que não está sob domínio, não está previsto.

A PDT a aponta como uma inteligência da *prática*, uma inteligência *operária*, uma inteligência *criadora*, uma inteligência muito diferente, ancorada no corpo, nas percepções e na intuição sensível, uma inteligência *astuciosa* (em oposição à inteligência conceitual), com “jogo de cintura” e que se faz conhecer quando diante do insucesso da concepção e da prescrição.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994b) essa forma específica de inteligência, que tem raiz no corpo e que está relacionada aos processos psíquicos mobilizados pelos sujeitos na invenção, imaginação, inovação, criatividade e ajustamentos, raramente é levada em conta nas análises científicas. Um dos motivos seria para os autores, o fato de tratar-se de uma inteligência em constante ruptura com as normas e as regras, sendo fundamentalmente transgressiva, impossível de ser apreendida nos moldes de uma cientificidade que utilize os cânones tradicionais de pesquisa e investigação.

Davezies (2002) acrescentaria que a ocultação do trabalho como *atividade*, como *subversão dos determinismos naturais e sociais* é um fenômeno absolutamente generalizado no conjunto das sociedades ocidentais e que provavelmente teria como uma de suas causas o fato de que o *trabalhar* sempre excede o saber que se tem sobre ele, gerando um desinteresse pelo estudo do trabalho e um olhar pejorativo sobre a atividade de trabalho. Não significa que, no exercício da atividade, a inteligência astuciosa não leve em conta a prescrição, ao contrário, ela funciona mesmo sempre em relação a uma regulamentação feita anteriormente (pela organização oficial do trabalho), mas não sem a subverter, conforme as necessidades e no intuito de atender aos objetivos determinados, mas com procedimentos mais eficazes e maior economia de esforço. Ela é o pilar daquilo que se conhece por ofício, do *metier*, do patrimônio organizado e sistemático de saber-fazer de uma coletividade.

Dejours (1995) assinala a necessidade de levar em consideração na análise da relação dos sujeitos com o seu trabalho não somente as dimensões econômicas, mas também as dimensões que ele denominou de *não-materiais*, isto é, as dimensões psicológicas e simbólicas, e mesmo as dimensões comunicacionais. Esta última dimensão, Dejours faz questão de esclarecer que a utiliza no sentido

habermasiano do termo, viés que ele retoma também em pelo menos duas obras mais recentes publicadas no Brasil: *O fator humano* (1997) e *A banalização da injustiça social* (1999).

Buscando analisar o envolvimento das subjetividades no trabalho e a dimensão psicodinâmica da relação homem-trabalho, os estudos de campo em Psicopatologia do Trabalho apontaram em uma direção oposta àquela das pesquisas em que o fator humano no trabalho era concebido de forma pejorativa. Essas pesquisas, que geralmente orientam o discurso dos dirigentes e especialistas, estão voltadas para a análise da segurança dos equipamentos técnicos e das instalações (segurança) e da confiabilidade (a qualidade do trabalho efetuado pelos operadores) e tenderiam a responsabilizar os trabalhadores pela maioria (se não todas) das falhas no processo produtivo. Contrariamente a essa concepção, os estudos em PPT/PDT mostraram que os próprios trabalhadores valem-se de uma série de procedimentos para garantir a segurança das pessoas e a segurança das instalações, contribuindo muitas vezes para superar as dificuldades e minimizar os riscos atinentes ao seu ofício. Por exemplo, mostrou-se que nas indústrias químicas, sob o efeito do medo, os operários criavam artifícios que lhes permitiam prevenir alguns incidentes e otimizar o funcionamento do processo produtivo. Verificou-se também que na construção civil os operários inventam, elaboram e transmitem uns aos outros os procedimentos mediante os quais evitam certos acidentes de trabalho e eufemizam a percepção do medo. Esses procedimentos não haviam lhes sido ensinados e eram produzidos e transmitidos no próprio exercício do trabalho. Trata-se do saber-fazer de prudência²⁶ a que se refere Cru (1983).

O saber-fazer de prudência implica o coletivo e passa por práticas de linguagem específicas que não só refletem um saber comum, como contribuem para constituí-lo e para construí-lo.

Assim, esses estudos apontam para um inevitável investimento da inteligência na tarefa. Os levantamentos que serviram de base de estudo para os autores da PPT/PDT referem-se ao trabalho de ofício (tarefas artesanais tradicionais e também novos ofícios: informática, mecânica, pilotos de caça, enfermeiros, etc.) e levaram a especificar os recursos psíquicos da inteligência da prática deixando clara

²⁶ *Savoir-faire de prudence*, no original em francês.

a sua distinção dos requisitos cognitivos, os quais não foram tratados no texto em questão (DEJOURS, 1995).

Conforme Davezies (2002), trabalhar implica usar sensibilidade, engajar-se afetivamente, não se resumindo, portanto, a uma relação instrumental, pois todo ato técnico é habitado por uma relação humana, uma sociabilidade que inscreve a exploração e a invenção em um contexto normativo e renormativo inter-humano, conforme compreende Schwartz (2000).

No que concerne à subjetividade e sua relação com o corpo e com a afetividade, Dejours (1999) afirmou que vivenciar afetivamente uma situação seria vivenciá-la sob a forma de uma emoção ou de um sentimento que não seria apenas um conteúdo de pensamento, mas, sobretudo um *estado do corpo*. Para ele, a afetividade seria o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo, estando assim a afetividade na base da subjetividade.

De acordo com Dejours (1997), o conceito de atividade implica um conceito de subjetividade que constitui, de todo modo, o ponto de partida da *inteligência da prática*. Vamos encontrar diversos esforços na PDT pelo desenvolvimento deste conceito. Um dos mais destacados foi investido a partir do desafio colocado por Helena Hirata, ao organizar um evento e um livro (denominado *Sobre o 'Modelo Japonês'*). Para responder ao desafio, mesmo sem conhecer *in loco* a experimentação realizada neste “modelo”, Dejours (1995) passa a apontar para o que, a seu ver, faz a diferença nesta abordagem. Antes e depois deste texto encontramos a presença desta questão, sem o mesmo peso.

Ao discorrer sobre o modelo japonês de produção, Dejours (1995, p. 282) levanta questões a partir da reflexão sobre a “inteligência criadora” no trabalho. Nesse texto Dejours se propõe a fazer um esboço teórico da inteligência criadora (ou inteligência da prática/astuciosa) investida no trabalho e apresenta as características e os requisitos individuais e sociais dessa forma de inteligência, o que veremos a seguir:

2.2.6 - Características da *inteligência da prática/astuciosa*

a) Está essencialmente enraizada no corpo

Não implica ausência de pensamento, mas supõe sempre um engajamento, um envolvimento, um manejo específico do corpo. A experiência prévia da situação de trabalho permite que os sentidos possam ser solicitados, colocam a percepção em alerta para que o corpo se mobilize, envolva-se na tarefa, coloque a inteligência em prática, o que implica um raciocínio mais imediato, diferente do raciocínio lógico. Um exemplo fornecido por Dejours para ilustrar o modo como essa forma de inteligência se manifesta refere-se ao ato de dirigir um veículo. Para fazê-lo, normalmente não usamos cálculos ou aplicamos rigorosamente as instruções de uso. O corpo acelera, freia, percebe os obstáculos, desvia deles, etc., sem que seja preciso uma reflexão anterior a todos os movimentos. Isso não significa que não esteja havendo simultaneamente aos movimentos corporais um pensamento a respeito dos atos praticados²⁷.

Muitas situações requerem daquele que trabalha uma interpretação e uma atitude rápidas. Estas se baseiam essencialmente na intuição alimentada pelas percepções (DEJOURS, 1993). O raciocínio lógico só depois é ativado para refletir sobre a ação. Conta-se sobre Garrincha uma história em que, antes do início de um jogo, após a preleção do técnico sobre como a equipe deveria agir para combater o ataque adversário, vencer sua defesa e marcar gols, ele perguntou, de forma irreverente, ao técnico se ele havia combinado tudo também com o time adversário. Essa genial percepção de uma das figuras mais admiradas do futebol brasileiro ilustra bem o que estamos falando sobre a inteligência da prática. Como é explorado por outros autores, como Schwartz (2000), na perspectiva do que os

²⁷ Parece que a importância dessa conexão homem-máquina, corpo-ferramenta, esse “fazer corpo com a máquina”, que acontece quando utilizamos ‘naturalmente’ uma ferramenta ou utensílio (que, exemplificando, poderia ser uma caneta, uma mesa, um estetoscópio, uma vassoura, um automóvel, um trator, ou até mesmo um avião) pôde ser captada pelos responsáveis pela publicidade de uma fábrica de automóveis. Em um anúncio que tem sido recentemente veiculado em emissoras de rádio e televisão, o apelo para que os consumidores comprem um automóvel da linha é: “Escute seu corpo”. Podemos crer que com esse slogan de campanha procura-se ressaltar não apenas os itens do veículo que oferecem conforto e segurança ao motorista, mas também, e principalmente, a possibilidade de uma relação com o automóvel que engajaria o corpo, que proporcionaria emoções e prazeres imensos, relação que, de tão íntima, fundiria o piloto com o veículo. Desse imaginário podem surgir outras produções, como por exemplo, brinquedos infantis, heróis de cinema e de desenhos animados, como os *Transformers*, veículos (carros, aviões, caminhões, helicópteros) que se transformam em robôs e vice-versa. “Estranhos seres vivos inventaram novos meios de se hibridarem. [...] os homens vão continuamente criando artifícios que exteriorizam suas funções: as armas para a força do braço, os aparelhos que aceleram a locomoção, a exteriorização da memória através da escrita, da imprensa e dos computadores, etc. Exteriorização é hibridação. Os artifícios fazem intervir os não-humanos na história humana: a força dos elementos, os minerais, os animais, as bactérias e até o vírus. (VAZ, 1997, p. 238).

gregos chamavam *kairos*, ela é algo que se apresenta no momento mesmo em que é necessária, no momento em que é preciso mobilizar os recursos que se tem à mão para dar conta do imponderável, do que não pode ser previsto, do que não foi combinado, do que não está sob domínio. Ela se apresenta como uma forma de competência para fazer face às dificuldades e que possibilita uma ação oportuna, ajustada à complexidade de uma situação/configuração inédita, pois, as margens de manobra, as escolhas para lidar com um evento/acontecimento ou conjunto de eventos serão determinados em função das possibilidades materiais e humanas do instante. Assim o *kairos* seria uma suprema capacidade de lidar com o inédito das situações humanas (com os “encontros”, na linguagem de Schwartz).

b) Concede maior importância aos resultados da ação, do que ao caminho utilizado para atingir os objetivos

A experiência precede o saber. A inteligência da prática é ardilosa e opõe-se à inteligência racional. Busca obter o máximo e o melhor rendimento com o mínimo dispêndio de energia. Para isso vale-se da malícia, da esperteza, da subversão, da astúcia, da engenhosidade que se conduz no sentido da economia de esforço em relação ao corpo e ao sofrimento. “Os ergonomistas já demonstraram que a inteligência e a habilidade desenvolvidas pelos operadores estão muitas vezes à frente da própria consciência que eles têm delas” (DEJOURS, 1997, p. 52). Esta inteligência “de resultados” exige portanto estar operando em um “espaço público interno” (ou seja, no próprio local de trabalho) em que com base na confiança o debate garanta o controle social do metier sobre tais astúcias, julgando-as, validando-as, reconhecendo-as em seus benefícios ou (graves) equívocos.

c) Está presente em todas as atividades de trabalho

Ela não se manifesta apenas na esfera do trabalho dito manual, mas está presente também no trabalho dito intelectual, e mesmo teórico. Em toda atividade, seja ela “manual” ou “intelectual” há sempre uma parte de manipulação, de envolvimento, de mobilização corporal, às vezes mesmo sob a forma de angústia e sofrimento.

d) Apresenta um poder criador, um potencial criativo

A astúcia e a engenhosidade são avaliadas pelas novas formas de operar que elas fazem surgir. A criação do novo parte sempre de um dado *a priori* sobre o qual se apóia para a ele subverter e dele exorbitar.

e) É amplamente distribuída entre os seres humanos. É ativa e pode se manifestar em todas as pessoas

Como é o corpo que alimenta e desencadeia a inteligência da prática, é ele que coloca o sujeito em estado de alerta, vemos então que é necessário que o corpo esteja em boas condições gerais para que ela possa se manifestar. “Um corpo por demais fatigado, muito doente ou esgotado, enfraquece a inteligência ardilosa e a criatividade” (DEJOURS, 1995, p. 290). A não utilização ou a subutilização dessa forma de inteligência é uma das principais fontes de sofrimento psíquico e até de doenças. Se considerarmos as condições de trabalho e de vida no Brasil veremos o quanto de potencial criativo e de possibilidades de realização em termos profissionais, pessoais e de produção podem estar sendo negligenciados e desperdiçados.

Uma outra característica apontada por Dejours (1995), mas não desenvolvida por ele no estudo citado (que vem sendo fonte de pesquisa de Athayde, conforme textos de 2001 e 2002), aponta para o fato de que a inteligência prática se alimenta no pólo feminino da bissexualidade do psiquismo. Os estudos de Psicologia Histórica desenvolvidos por Detienne e Vernant (1974) revelaram o mito da deusa *Métis*, que os gregos aclamaram como divindade da inteligência, da astúcia, da esperteza. Assim, a figura da mulher tem relação com este tipo de inteligência. No entanto, para Dejours (1997) o conceito de *métis*, forma de inteligência identificada e tematizada pelos gregos e que é, etimologicamente a origem do termo *métier*, não considera os processos cognitivos e afetivos mobilizados em seu detalhe nem sua articulação necessária para dar a essa inteligência sua eficiência. Para ele essa inteligência da prática foi pouco estudada pelos cientistas, sendo a *métis* objeto de um isolamento, de uma desconfiança e mesmo de uma condenação pelos paradigmas científicos, apesar dos problemas concretos encontrados pelos trabalhadores não poderem ser resolvidos apenas com os conhecimentos estabelecidos ou priorizados pelas ciências. Para Dejours (1997, p. 48), “a teoria da *métis* é e continua a ser a base de qualquer análise da engenhosidade”.

Já que na Grécia antiga não havia um termo único para designar o tipo de conduta, de categoria mental que entendemos por trabalho, a mitologia nos oferece importantes informações sobre como os gregos assimilavam essa experiência de dimensões múltiplas (ATHAYDE, 2001, 2002).

Para Vernant (1999, apud ATHAYDE, 2002), o mito lança um desafio à inteligência científica, posto que apresenta uma dimensão irrecusável da experiência humana. Para compreendermos essa experiência não se deve negligenciar o realce e a compreensão do mito e sua incorporação ao saber antropológico.

2.2.7 - Inteligência e Sabedoria da prática

Os autores da PDT apontam para dois níveis de exercício da inteligência, a inteligência prática e a sabedoria prática. Esta segunda não se dá no nível do exercício individual, como a inteligência prática. É um tipo de inteligência estritamente engajada na deliberação e na discussão, que envolve uma decisão no intuito de estabilizar ou de rejeitar certos achados. “Para integrar as descobertas da inteligência astuciosa nas regras de trabalho (viabilizando sua evolução), é necessário o acionamento desta sabedoria prática” (ATHAYDE, 1996, p. 98). Os achados resultantes das experimentações e experiências singulares do trabalho devem ser coordenados, dando-lhes transparência e visibilidade para que possam ser conhecidas pelo coletivo e traduzidas em compreensão mútua, coerência, qualidade e segurança.

Para Athayde (2002), para compreendermos as trajetórias, a cartografia dessa forma de inteligência (astuciosa) na realidade brasileira, teremos que, com ousadia, rigor e método, analisar a tênue linha que separa o astuto, o inventivo, o jeitoso daquele que se utiliza de seus recursos para beneficiar somente a si próprio, para favorecer-se valendo-se do ‘jeitinho brasileiro’, para enganar, fraudar e extorquir companheiros, superiores hierárquicos ou clientes.

Não seria o caso de voltarmos os olhos e direcionarmos nosso interesse para aquilo que realmente acontece de concreto nos mundos do trabalho? Uma “outra Psicologia do Trabalho” (ODDONE; RE; BRIANTE, 1977/1981) pressupõe a compreensão de que as dinâmicas de grupo e as relações humanas não acontecem apenas nos reduzidos espaços em que 20 ou 30 pessoas se reúnem para ‘aprenderem’ a se relacionar com seus pares e com seus superiores, intensificarem a produção e maximizarem lucros.

Torna-se necessário substituir, desde já, as concepções abstratas do trabalho e do trabalhador, presentes em estudos e dinâmicas pretensamente científicos, no entanto, reducionistas e objetivistas – que apreendem os locais de trabalho como mundos artificiais, como aquários ou gaiolas de laboratório, como se tudo pudesse ser controlado: desde a temperatura, até o propalado ‘clima organizacional’, o tempo, os gestos e movimentos, o corpo, os sentimentos, as emoções, em resumo, a vida humana – por outras formas de apreensão, por outros modos de gestão, por outras sociabilidades na construção de novos sentidos para a existência humana. Para isso é necessário que cada um possa se pronunciar, dar a sua contribuição e obter retorno em forma de saúde, qualidade de vida e possibilidades de pôr em ação outras formas de trabalhar, de viver e de realizar seus projetos de trabalho e de vida.

2.2.8 - A ressonância simbólica: um requisito individual da *inteligência astuciosa*

Como a inteligência da prática toma forma e se expressa na situação de trabalho? Que condições psicoafetivas subtendem seu aparecimento e seu desenvolvimento? Que sentido a atual situação de trabalho adquire na biografia de uma pessoa?

Para Dejours (1995) as formas concretas de que se reveste a inteligência dependem do contexto sincrônico, isto é, a organização do trabalho e as relações sociais de trabalho no momento presente, por um lado, e do contexto diacrônico, ou seja, a história do sujeito e a maneira como a situação atual de trabalho se posiciona em relação ao passado dele, por outro. O sofrimento que intervém de maneira determinante na mobilização da inteligência da prática está inevitavelmente relacionado com o distanciamento maior ou menor experimentado pelo sujeito entre a situação atual de trabalho e as expectativas que construiu ao longo de sua existência e com as quais ele se defronta ao experienciar a situação real de trabalho. As condições psicoafetivas relacionadas a essa dinâmica seriam, segundo Dejours e Abdoucheli (1994b, p. 134) “aquelas das mudanças de objetivos da pulsão no processo de sublimação, tal como ele é conhecido em psicanálise”.

Para Dejours (1995), a maneira como um sujeito reage diante de uma situação (de trabalho, por exemplo) está estreitamente relacionada com sua história singular. O sujeito experimenta, interpreta, reage às situações e, eventualmente,

procura transformá-la, em função do sentido que tem na evolução de sua biografia. Registra que durante o desenvolvimento psicoafetivo da criança, na relação com as figuras parentais, pode desenvolver-se uma zona de fragilidade psíquica, que foi excluída da subversão libidinal. É nessa área aonde vai se situar a fonte de sofrimento singular de cada sujeito. Posteriormente, a criança vai se interrogar sobre essa área que despertaria angústia e sofrimento nos pais e que por isso é onde ela não pode se sentir amada por eles. Esse enigma vai originar uma *curiosidade* jamais satisfeita, um desejo de saber e de compreender que a Psicanálise denomina *epistemofilia*. Para Dejours, o jogo seria um artifício usado pela criança para representar seu sofrimento, sua curiosidade e para realizar experimentações.

Na vida adulta é o trabalho que se torna a oportunidade para transpor mais uma vez o cenário do sofrimento. O objetivo agora deixa de ser o simples prazer de um jogo, passa para o campo da *ação* no campo da produção, das relações sociais e políticas. A atividade de jogo na criança transforma-se na atividade da inteligência astuciosa do adulto.

Dejours aponta que entre a situação de trabalho e o cenário psíquico herdado da infância existem analogias, que, no entanto, não implicam nem identidade nem equivalência absoluta. Além das analogias, há também, entre os dois momentos, dessemelhanças e distanciamentos, o que cria uma ambigüidade. Seria essa ambigüidade, denominada “ressonância simbólica”, o que solicita a imaginação e a criatividade e que, através da simbolização, permite conjurar a repetição exata e infecunda das questões do passado.

A idéia de que há uma ressonância simbólica entre a situação atual de trabalho e o passado do sujeito aponta para a impossibilidade de que alguém possa se despir de seus desejos, de suas vontades, de seus pensamentos, de sua inteligência, de seu corpo e de sua alma, enfim, de sua história de vida, para adentrar nos mundos do trabalho. “*A ressonância simbólica surge, portanto como condição necessária para a articulação bem-sucedida da diacronia singular com a sincronia coletiva*” (DEJOURS, 1995, p. 293, *itálicos do autor*).

2.2.9 - Os requisitos sociais da *inteligência astuciosa* e as condições para sua mobilização

Certas condições são requeridas para que haja a mobilização da inteligência criativa no trabalho e para que esta tenha maior utilidade e eficácia. Além das condições psicológicas singulares da inteligência astuciosa, é preciso, para que ela seja posta em andamento, que se reúnam também condições sociais, que suas descobertas sejam validadas pelo coletivo. Esse tópico será desenvolvido no capítulo 6.

Sobre a temática da inteligência astuciosa e da ressonância simbólica, Schwartz (2000) entendendo como *corpo* um conjunto de corpo biológico, biográfico, cultural e histórico, concorda com Dejours quanto ao enraizamento da inteligência astuciosa no corpo. Entretanto, discorda em alguns pontos, especialmente quando ele (Schwartz) aponta o trabalho como uma ocasião inédita (um encontro), e não, como entende Dejours (1995), como uma oportunidade (ou ocasião) para transpor mais uma vez o cenário original do sofrimento (do teatro psíquico herdado da infância) na realidade social (no teatro do trabalho). Admite Schwartz que o trabalho é uma experiência não descontínua com a história de vida, e com aquilo que ele denomina “normas antecedentes”, mas o trabalho é uma realidade histórica específica, uma ocasião de transposição da dramática biográfica, assim como a recíproca também é verdadeira. Para esse autor, a hipótese da inteligência astuciosa (*rusée*), por mais esclarecedora que ela seja, tem, na oposição entre *métis* e inteligência conceitual o limite de sua validade, pois corre o risco de criar uma oposição entre dois domínios da experiência humana, o da inteligência da prática e o da inteligência teórica (mesmo se Dejours teve o cuidado de registrar que a inteligência prática está largamente difundida nas tarefas intelectuais) e, diríamos, mais uma vez arriscando-se a dissociar o corpo (inteligência do corpo) da mente (inteligência teórica).

Vemos assim, que os importantes referenciais da PPT/PDT não são suficientes para responder exaustivamente a toda a complexidade referente ao domínio da experiência trabalho. O grande mérito contido nessas abordagens/disciplinas diz respeito às contribuições fundamentais que trouxeram e às possibilidades de articulação destas entre si e também com outros saberes e

práticas, o que se constitui em terreno de grande fecundidade e interesse para a pesquisa no campo da saúde e do trabalho e para a compreensão sobre o ser vivo humano.

Nesse sentido, sem desconsiderar as questões absolutamente significativas até aqui reveladas, outras abordagens e perspectivas auxiliam a detectar e registrar seus limites e oferecem outras fecundas possibilidades de análise sobre o trabalho (como conceito e como atividade) e suas transformações. Mobilizamos aqui, sob a orientação da perspectiva ergológica, o Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (Oddone), a Clínica da Atividade (Clot) e o modelo de competência e de relação de serviço (Zarifian), dando realce aos seus principais conceitos, noções, contribuições e críticas.

2.3 - Do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (MOI) à perspectiva ergológica: Contribuições para a análise da Saúde do Trabalhador e do trabalho em Saúde.

Trata-se o MOI de uma importante experimentação (que influenciou diversas outras pelo mundo) que se desenvolveu a partir de meados dos anos 60 na Itália por intermédio de um coletivo composto por operários metalúrgicos, sindicalistas, estudantes e profissionais de saúde diversos. Desse encontro, que se deu por convocação de um grupo de operários metalúrgicos para discutir as relações entre saúde e trabalho, o referido coletivo passou a reunir-se com o intuito de pesquisar em parceria as questões referentes às relações entre vida, saúde e trabalho, para daí lançar proposições para a sua transformação, do ponto de vista do trabalhador.

2.3.1- Ivar Oddone, a perspectiva e a *clínica do trabalho* emergente no interior do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde

Ambientados em um contexto sócio-histórico-econômico bastante peculiar (o mesmo ocorrendo no caso do movimento da chamada Psiquiatria Democrática, liderado por Franco Basaglia) – o crescimento do emprego e o aumento da produção ocorrendo simultaneamente à degradação das condições de trabalho; a retomada

das lutas informais nas fábricas; o crescimento do movimento sindical – os membros desse coletivo, sob a liderança de Ivar Oddone (ao lado de Alessandra Re e outros), deram origem a um dispositivo de *conhecer para transformar* denominado “Comunidades Científicas Ampliadas” (ODDONE, 1984). Neste processo efetuaram uma revisão crítica das concepções existentes acerca da presença humana nos processos de trabalho e de produção (ODDONE; RE; BRIANTE, 1977/ 1981).

Do ponto de vista metodológico procuraram explorar a perspectiva de co-produção de conhecimentos. Do ponto de vista técnico em análise do trabalho, na mesma herança que gerou a Ergonomia da Atividade na França, fizeram uso original e privilegiado de um modo de autoconfrontação que denominaram “instruções a um sócia”, com o objetivo de colaborar para a emergência e desenvolvimento da experiência, através da linguagem, do diálogo sobre as situações de trabalho. Trata-se de uma técnica de mapeamento, que consiste em solicitar ao trabalhador que dê instruções a um “eu-auxiliar”, um sócia, nos seguintes termos: “Se existisse uma outra pessoa idêntica, fisicamente, a você mesmo, o que você lhe diria em relação a como se comportar no trabalho, a respeito de sua atividade, de seus companheiros de trabalho, da hierarquia e da organização sindical de modo que ninguém perceba que se trata de uma outra pessoa e não de você?” (ODONNE; RE; BRIANTE, 1977/1981). Essa técnica facilita um processo de externalização e coloca o trabalhador em posição de fornecer comentários em relação a uma narrativa a respeito de seu próprio trabalho. O objetivo é conduzi-lo a dialogar consigo mesmo, a partir das questões que lhe coloca seu sócia-pesquisador, levá-lo a olhar sua própria experiência com os olhos de seu sócia. Fertilizada por essas técnicas de validação via auto-confrontação (Ergonomia e MOI) a Clínica da Atividade chegou recentemente à nova técnica de “autoconfrontação cruzada” (CLOT; FAÏTA, 2000), que tem sido utilizada, com frequência, em seguida à autoconfrontação simples.

Através do confronto entre os saberes codificados, formalizados dos ‘*tecnicos*’²⁸ e profissionais de saúde e os saberes não formalizados dos trabalhadores (a “psicologia do trabalho não escrita” [ODDONE; RE; BRIANTE, 1977/1981, p. 23-29]), saberes esses não codificados ou codificados de uma maneira não acessível ao pesquisador (nem mesmo, em geral à consciência do

²⁸ Vocábulo em italiano, conforme o vocabulário típico utilizado no interior do Movimento Operário Italiano de luta pela saúde, traduzido por *especialistas* na edição francesa com a qual aqui trabalhamos.

próprio trabalhador) estas “comunidades” passaram a investigar (partindo da “observação espontânea”), respeitando a autonomia dos trabalhadores (princípio sindical de “não-delegação”), as condições de vida e de trabalho (de um coletivo de operários submetidos a condições e formas de organização do trabalho semelhantes, denominando-se “grupos homogêneos”), procurando chegar (através da “validação consensual”) a propostas de transformação do quadro de “nocividades” detectado. Emergiu assim uma nova concepção de pesquisa e de regime de produção de saberes sobre as relações entre saúde e trabalho.

Ivar Oddone (médico e psicólogo do trabalho italiano) e Alessandra Re foram os principais expoentes desse movimento. Suas contribuições e a liderança de Oddone foram fundamentais para propiciar uma nova forma de reflexão sobre o trabalho fundada na “experiência” (“*esperienza operaia*”), no envolvimento, na interlocução, na convocação e na interrogação permanente aos agentes que com ela estão envolvidos (trabalhadores, pesquisadores, gerentes, administradores públicos e privados).

Oddone propunha a construção de uma “outra Psicologia do Trabalho” (ODDONE; RE; BRIANTE, 1977/1981), renovada, segundo Vincenti (1999), no sentido de uma *Psicologia concreta* (POLITZER, 1968), fundada sobre a noção de experiência.

A abordagem consistia na construção, juntamente com os trabalhadores, de um método que permitisse a tomada de consciência da experiência que eles detêm e dos percursos pelos quais ela se constrói. Nesse processo, os sujeitos se colocariam em condições de se reapropriar de sua própria experiência e de se tornarem autônomos.

Para Vincenti (1999), a herança deixada por Oddone é uma “clínica do trabalho”, fundada na observação dos fatos singulares, e que focaliza sua atenção sobre a relação dialética experiência/aprendizagem das estratégias de comportamento, considerando a consciência como reguladora desses comportamentos.

Brito (2004) relembra os princípios que orientam o campo da saúde do trabalhador, destacando como o Modelo Operário Italiano de luta pela saúde o inspirou e ainda o inspira. Com essa inspiração o campo da saúde do trabalhador

incorporou dois princípios fundamentais: a interdisciplinaridade e a participação dos trabalhadores nos estudos, como portadores de um saber sobre o processo saúde/doença no trabalho. Tal influência explicaria a realização no Brasil de inúmeras experiências de pesquisa e intervenções que integram técnicos/pesquisadores e trabalhadores, instituições de saúde/pesquisa e instituições representativas dos trabalhadores. Segundo a autora, essas experiências evidenciam certo enraizamento dos princípios do MOI na prática em saúde do trabalhador no Brasil.

Não obstante, o declínio da ‘pesquisa operária’, tanto no campo das ciências sociais como no meio sindical, fez com que as importantes contribuições de Oddone se tornassem dispersas, com presença seja na Europa (Portugal, França) seja na América do Sul (Brasil).

Ainda de acordo com Brito (2004), pôde-se observar a continuidade da influência das idéias do Modelo Operário na institucionalização das ações de saúde do trabalhador na rede de serviços de saúde, que ocorreu entre 1987 e 1990 e na implantação da atenção à saúde do trabalhador no SUS, sendo sinais dessa influência os Programas de Saúde do Trabalhador, nos quais as equipes são multiprofissionais e nos quais se busca um enfoque transdisciplinar e uma articulação interinstitucional. Trata-se, portanto de um caminho de análise e intervenção em que, segundo a autora, se procura seguir os princípios das “comunidades científicas ampliadas”, criadas pelo MOI.

No caso da França, no intuito de avançar sobre o caminho metodológico-técnico trilhado por Oddone, os trabalhos de Yves Clot, a partir de meado dos anos 1990, seguiram a direção de uma Clínica da Atividade (CLOT, 1995).

Mas a presença mais fértil do MOI na França se deu no sudeste, sendo Oddone até hoje consultor de um trabalho que continua a se desenvolver no campo da Saúde do Trabalhador. A partir de 1983, os achados do Modelo Operário Italiano foram explorados fertilmente pelo movimento então designado *Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho* – APST (SCHWARTZ, 1983; SCHWARTZ; FAÏTA, 1985), gerando a perspectiva ergológica (SCHWARTZ, 1996, 2000).

2.3.2 - A Clínica da Atividade

A Clínica da Atividade retoma um caminho apontado por Oddone, Re e Briante (1977/1981), de atenção às possibilidades de superação de impasses pelos próprios trabalhadores; por esta via dá-se um deslocamento do pesquisador da posição de protagonista da investigação, ficando a condução última do processo em mãos dos trabalhadores (princípio de “não-delegação” do MOI). Propõe-se que o trabalhador (co-investigador) passe a observar de seu próprio (meio de) trabalho. Neste ponto está a riqueza do método como formativo, tomando uma dimensão desenvolvimental, e também o risco de esbarrarmos em dificuldades para aplicá-lo.

[...] trata-se de fazer uma outra psicologia do trabalho consagrando todos os esforços à busca de um só objetivo: aumentar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos. A tarefa consiste, então, em inventar ou reinventar os instrumentos desta ação, não mais protestando contra os constrangimentos, mas pela via de sua superação concreta (CLOT, 2000, p.9) .

Com toda a sua força inventiva, a Clínica da Atividade possibilita a produção de conhecimentos sobre novas formas de fazer. Sua concepção teórico-metodológica tem influenciado inúmeras pesquisas e, no caso desta tese, embora não tenha sido explorada de modo extenso, merece aqui ser citada por que ofereceu importantes contribuições, qual seja, a proposição do que constitui o *real da atividade* e a diferenciação entre *gênero* e *estilo*, conceitos que possibilitaram uma compreensão mais ampla acerca das atividades realizadas na Unidade de Saúde pesquisada, inclusive as atividades de direção.

Os principais representantes dessa abordagem são o psicólogo Yves Clot²⁹ e o lingüista Daniel Faïta³⁰. Tal perspectiva emerge, em meados dos anos 90, como uma vertente da Psicologia do Trabalho, notadamente marcada pelos debates desenvolvidos no sudeste da França, sob a liderança acadêmica de Yves Schwartz, em torno das questões envolvendo a atividade e a subjetividade no trabalho. A perspectiva histórico-psicológica da Clínica da Atividade desenvolveu-se recebendo

²⁹ Yves Clot, professor de Psicologia do Trabalho do CNAM-Paris, doutorou-se na Universidade de Provence, sob a orientação de Yves Schwartz, colaborando intensamente em todo o movimento que teve entre seus efeitos o engendramento da perspectiva ergológica, de seus conceitos e concepções.

³⁰ Daniel Faïta, lingüista, fez parte da equipe universitária que encaminhou na década de 80 o “dispositivo APST”- Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho – juntamente com Yves Schwartz e Bernard Vuillon. Mantém-se como membro do Departamento de Ergologia da Universidade de Provence, na equipe do *Master* em Ergologia, embora tenha se deslocado para o IUFM de Marseille.

forte influência da abordagem sócio-histórica de Vigotski e posteriormente de Bakhtin.

Segundo Clot (2006), o trabalho exerce uma função psicológica bastante específica, é um campo essencial do desenvolvimento humano, pois fornece ao trabalhador a possibilidade de “sair de si” e dirigir-se ao outro e, assim desenvolver-se como ser humano. Aquele que trabalha sempre acrescenta algo de seu, pessoal e coletivamente, ao trabalho realizado.

A Clínica da Atividade tem por objetivo produzir dispositivos de intervenção no cotidiano dos meios de trabalho, de modo a ampliar o poder (ou *potência*, como preferimos, dada seu vínculo em Spinoza) de ação dos coletivos de trabalho, por um processo de desenvolvimento de seus ofícios (e profissões), em que os próprios trabalhadores possam ser os protagonistas.

O objetivo desses dispositivos é aumentar a potência de agir dos coletivos de trabalhadores sobre o ambiente de trabalho real e sobre si mesmos, inventando ou reinventando os instrumentos psicológicos desta ação, não apenas protestando contra os constrangimentos, mas pela via de sua superação concreta.

No interior de um movimento ergológico de visitar de forma heurística tradições que portam alguma potência (em relação ao compreender-transformar o trabalho), a Clínica da Atividade vem promovendo uma importante exploração (que Clot pretende que seja uma crítica e original ampliação) do conceito de atividade de trabalho, a partir de sua formulação pela Ergonomia da Atividade.

Clot (2006), seguindo as críticas que Vigotski fazia ao behaviorismo, afirma que a atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, o que se pensa ou sonha fazer em outro momento. Aponta também para um paradoxo, ao compreender também como atividade aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito, ou ainda, o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser feito. [...] as atividades suspensas, contrariadas ou impedidas, e mesmo as contra-atividades, devem ser admitidas na análise, assim como as atividades improvisadas ou antecipadas. A atividade removida, oculta ou paralisada não está ausente da vida do trabalho. Para Clot, a inatividade imposta – ou aquela que o trabalhador se impõe – pesa com todo o seu peso na atividade concreta.

Desta forma, a análise da atividade inclui não apenas os modos operatórios realizados, mas também as intenções que levaram àquelas escolhas. Clot, então, aponta que existirão sempre as diferenças entre o que é prévia e tecnicamente determinado e as ações efetivas dos operários, pois o raciocínio muda de acordo com as situações que, por sua vez, possuem sempre variáveis diferentes. O funcionamento normal da atividade produtiva é atípico, sendo marcada pela variabilidade. São os operadores quem regulam estas variabilidades durante a produção (ATHAYDE, 1996).

A atividade de trabalho é considerada pela Clínica da Atividade como uma atividade dirigida – ao outro, ao próprio trabalhador, às suas demais atividades, como suas preocupações ou seu estado físico e psicológico e ainda dirigida ao objeto do trabalho. A compreensão da relação entre o trabalho e subjetividade não é centrada (conforme a abordagem da PDT) na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver.

O trabalho é considerado uma situação de conflito que recebe sempre soluções transitórias. Para que um caminho seja tomado, um gesto seja feito, outros modos de fazer foram deixados de lado, foi necessário fazer escolhas que envolveram conflitos. Esses conflitos são vitais para a atividade; uma atividade sem contradições seria impossível de ser realizada. Entre o sujeito e seu objeto há o meio de trabalho em constante movimento, difícil de penetrar, onde ocorrem outras atividades em relação ao mesmo objeto. A análise da atividade inclui não apenas o procedimento realizado, mas também as intenções que levaram àquelas escolhas. Há uma relação, a ser analisada, entre as preocupações do trabalhador e suas ocupações.

A atividade de trabalho, segundo Clot (2006), se refere a experiências e memórias coletivas que conformam um *gênero profissional*, renovado por uma permanente *estilização*.

A referência a um gênero profissional forte permite, segundo a Clínica da Atividade, o uso da experiência para a renovação desse mesmo gênero. Os confrontos e soluções não são restritos aos indivíduos, fazem parte de um movimento que encontra recursos e limitações na referência ao gênero profissional em questão e oportunidades de estilização no cruzamento entre os múltiplos

gêneros aos quais os trabalhadores estão referidos. No caso do autor desta tese, múltiplos gêneros se entrelaçaram e foram renovados no curso da ação enquanto diretor da Unidade de Saúde pesquisada, conforme veremos adiante.

2.3.3 - A perspectiva ergológica e o Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (DD3P)

A perspectiva ergológica vem sendo construída desde a década de 1980 na França e apresentada com esta denominação a partir dos anos 90³¹. Seu principal autor é o filósofo-*ergólogo* Yves Schwartz, sobre o qual já fizemos menção em diversas passagens, ao longo da tese.

A idéia presente é de que toda situação de trabalho é precedida de “normas antecedentes” (SCHWARTZ, 2000), como por exemplo, as prescrições oficiais da organização do trabalho e também as regras elaboradas ao longo da história pelos coletivos de trabalho. Entre essas normas encontramos os trabalhadores portando sua história pessoal, singular, uma experiência anterior ao encontro com a situação de trabalho. As normas são provenientes de diferentes direções, e podem, por vezes, ser contraditórias. Essa constatação faz com que Schwartz considere que em toda situação de trabalho está presente uma pluralidade, onde se configura um “debate de normas” e tentativas individuais e coletivas de “renormatização” (imprimindo cada um sua capacidade normativa, no conceitual de Canguilhem). É esse movimento que permite aos trabalhadores fazerem face ao que lhes é exigido, fazendo escolhas para tornar possível a realização da tarefa, conforme vimos quando apontamos a defasagem (revelada cientificamente pelos ergonomistas) entre trabalho prescrito e trabalho real.

No entanto, a contribuição dos trabalhadores, em termos de mobilização de recursos (pessoais e coletivos, que Schwartz denomina *reserva de alternativas*) de toda ordem para realizar o trabalho, nem sempre (diríamos que raramente) é reconhecida pelas administrações, gerências e chefias. Estas, ao contrário de considerarem a extrema singularidade de cada situação de trabalho (embora em

³¹ O texto que marca essa passagem pode ser considerado o “Ergonomie, philosophie et exterritorialité”, publicado inicialmente no ano de 1996 em DANIELLOU, F. (Org.), *L’ergonomie en quête de ses principes*, Toulouse: Octarès, p. 141-182. Em 1997 foi publicado o primeiro livro utilizando essa denominação: SCHWARTZ, Y. *Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique*, Toulouse: Octarès, com textos de diversos profissionais de diferentes disciplinas e profissões e que se desenvolvem nesta abordagem.

parte este possa e deva ser prescrito, padronizado e controlado), optam por naturalizá-lo, por considerarem o trabalho como algo a ser capturado, objetivado e fragmentado, seguido de prescrição e controle a ele referenciado. Subdimensionam assim, a “riqueza operacional, intelectual, cultural, que se desenvolve nas penumbras da atividade industriosa³²” (SCHWARTZ, 2002, p. 125)

Schwartz (1999, 2000), sem desconsiderar a importância científica, cultural, social e política da proposição oddoniana de “comunidade científica ampliada”, aponta como um dos limites desse dispositivo a ênfase dada por Oddone à “consciência de classe”. Para ele, este termo, na conjuntura italiana dos anos 60/70, fundamentou-se de maneira exclusiva nas relações com os sindicatos e, portanto, na parceria exclusiva com os militantes operários, não dando conta, portanto de situações que, nos moldes que a perspectiva ergológica pretende apreender, dizem respeito e pressupõem parcerias também com os desempregados, funcionários públicos, universitários, profissionais de diversos ramos. Entendemos que é nessa direção que Athayde (1999) propõe uma Psicologia do Trabalho sensível aos “sinais da rua” (como diriam Walter Benjamin e Marshal Berman), atenta às “questões concretas do drama humano que se faz contemporâneo” apontando para a necessária e urgente atuação sobre determinados campos que têm sido negligenciados (salvo raras e honrosas exceções) e cuja ignorância não pode mais ser admitida, como o ‘não-trabalho’, o trabalho precoce, envolvendo crianças, o trabalho doméstico, o trabalho nas prisões, o trabalho de pessoas com graves transtornos mentais, etc.

Schwartz vê um outro problema no uso da expressão “comunidade científica ampliada”, pois nela encontra-se subjacente a idéia de que o conhecimento científico seria de domínio dos cientistas, podendo ser estendido aos trabalhadores, o que revelaria uma visão empobrecida de ciência. Schwartz assinala ainda que, embora o MOI apresente explicitamente uma relação diádica entre especialistas e trabalhadores, estaria implícita a presença de outro pólo nesta relação magnética: o sindicato. Daí Schwartz destaca a existência de um terceiro pólo (naquele caso

³² Este termo remete a uma realidade muito mais ampla que a ‘indústria’ e seu poder de modelização da civilização. Em certo sentido, abrange a história da humanidade (passada ou por vir) e suas realizações. É como “matriz virtual da história humana” que Schwartz considera a atividade de trabalho do ser humano como atividade industriosa.

representado pelo sindicato), que teria um papel incontornável na sinergia, operando uma dinâmica ética e epistêmica.

Assim, para refletir sobre as atividades (quaisquer que sejam, não somente atividades de trabalho), em quaisquer circunstâncias que se queira produzir ou difundir saberes sobre a atividade humana, Schwartz, formal e explicitamente, desde 1993, começa a propor um “dispositivo dinâmico de três pólos” (SCHWARTZ, 1999/2000), como uma consequência direta da idéia de renormatização na atividade.

O dispositivo de três pólos é proposto como uma tendência permanente e exigível quando se trata de abordar a atividade humana. O primeiro pólo seria o dos *conceitos*, dos saberes com capacidade de generalização, sistemáticos, organizados e disponíveis, o qual comporta os materiais para o conhecimento, formalizados nas diversas disciplinas. Em seguida teríamos o *pólo da atividade*, dos saberes singulares gerados nas atividades. Como se daria então, o encontro, o diálogo, o debate entre os dois pólos? Pela existência de um terceiro pólo, o das *exigências éticas e epistemológicas*, que pressupõe uma maneira de olhar o outro como semelhante, de autorizá-lo como legítimo outro. O terceiro pólo é incontornável porque o encontro, se sinérgico e heurístico, gera a situação de “desconforto intelectual” pela mútua ignorância e impõe humildade para reconhecer que os diferentes saberes (conhecimento e experiência) têm seus limites e potencialidades, são frágeis e não explicam totalmente a realidade, devendo por isso, ao invés de mutuamente excludentes, em oposição, serem colocados em debate crítico sinérgico, estando aí sua potência heurística.

Os três pólos estariam em relação dialética, não havendo anterioridade de um sobre os outros. Para Schwartz (1999), é o próprio conceito de atividade que justifica e exige que se opere com um dispositivo dinâmico de três pólos.

Vimos anteriormente que Schwartz (2000) explora o que os gregos chamavam *kairos*, para abordar a ‘inteligência’ posta em ação nas situações de trabalho (em atividade) como algo que se apresenta no exato instante em que é necessária, no momento oportuno em que é preciso mobilizar os recursos que se tem à mão para dar conta do imponderável. Ela se apresenta como uma forma de competência para fazer face às dificuldades e possibilita uma ação oportuna, ajustada à complexidade de uma situação, em seu inédito. As margens de manobra,

as escolhas possíveis para lidar com o(s) evento(s) serão determinadas em função das possibilidades materiais e humanas do instante.

Schwartz, ao invés de falar, como a Ergonomia (WISNER, 1994) e a PDT (DEJOURS, 1995), em uma “inteligência” do trabalho, prefere dizer que se trata do crescimento – *em tendência* – da dimensão gestonária. Na verdade, algo já presente em qualquer atividade industriosa, uma tendência ligada ao deslocamento do centro de gravidade dos atos de trabalho, cada vez menos “físicos” e mais exigentes ao mesmo tempo em termos globais e em (micro) decisões. Conforme vimos, ele enfatiza que a hipótese da *inteligência astuciosa*, por mais esclarecedora que seja, arrisca congelar uma posição entre dois domínios da experiência humana: inteligência da prática *versus* inteligência teórica, mesmo tendo Dejours tomado o cuidado de chamar a atenção que a inteligência da prática está largamente difundida nas tarefas ditas “intelectuais”. Schwartz partilha da idéia de que a inteligência astuciosa se enraíza no corpo, mas ressalta que entende estar aí operante um “corpo-si” (*corps-soi*), diríamos, um *corpsiquismo* ou *corpsi*, o qual, segundo ele, se constrói na confluência do biológico, do sensorial, do psíquico, do cultural, do histórico.

O trabalho, como parte da vida, sempre presente na história da humanidade, sob diferentes formas, é algo que envolve a pessoa por inteiro, gerando uma dinâmica que mobiliza seu corpo biológico, sua inteligência, sua afetividade, sua história de vida, sua sociabilidade (DE MONTMOLLIN, 1986, 1990).

Desenvolvendo essa perspectiva de mobilização integral do ser humano Schwartz (2000) propõe o conceito provisório e “em tendência”, de *corps-soi* (corpo-si), considerando-o não apenas em seu aspecto orgânico/fisiológico/biológico, mas em todas as suas imbricações (cognitiva, emocional, afetiva, psicofisiológica, histórica, social, etc.), ressaltando ainda a importância de considerar o exercício da atividade como uma dramática de usos de si (uso de si por si e uso de si por outros).

Com Schwartz nos encontramos na linhagem materialista de Canguilhem (1990), para quem o humano vive em um mundo de acidentes possíveis. Nesse sentido o meio (*milieu*) é “infel”, e essa infidelidade do meio é exatamente seu devir, sua história. A saúde, para Canguilhem, seria uma margem de tolerância às infidelidades do meio, a capacidade normativa, conforme assinalamos anteriormente.

2.3.3.1 - Competências para a gestão da vida

Schwartz (1998) propõe entrar no debate atual sobre competências entendendo-as do *ponto de vista da atividade*, enquanto “ingredientes”. Desta forma encontra-se a melhor via para analisá-las, não só no âmbito da avaliação das competências para o trabalho, mas também considerando que a(s) competência(s) tem (têm) relação com os modos de o ser humano se conduzir na vida.

A competência industriosa configura-se como uma problemática combinatória de ingredientes heterogêneos que não podem ser todos avaliados nos mesmos moldes, menos ainda quando ela inclui uma dimensão de valor (uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação de valores). Ele assinala então seis ingredientes.

O primeiro – denominado Registro 1 – refere-se a um relativo (sempre parcial) domínio dos protocolos, dos saberes estocados (técnicos, científicos, etc.), dos códigos que enquadram uma situação de trabalho. O segundo – denominado Registro 2 – é heterogêneo, refere-se à capacidade de se deixar apropriar pela dimensão singular da situação, pela dimensão da experiência (ou encontro). Sim, pois toda situação de trabalho, mesmo numa escala ínfima, é ressingularizada, renormatizada, combinando de modo parcialmente inédito as normas antecedentes com os elementos da situação, do instante.

O terceiro ingrediente concerne à capacidade de articular a face protocolar e a face singular de cada situação de trabalho, pondo-as em sinergia. Assim se consegue utilizar os recursos codificados, ajustando-os permanentemente ao que a situação tem de particular, ao mesmo tempo não se deixando enclausurar na “burocracia dos procedimentos”, nem agindo absolutamente de forma desregrada. Para Schwartz esse é o ingrediente hoje mais requerido no setor de serviços e mais ainda nas relações face-a-face entre um usuário/cliente e um agente (representando uma organização). Os cuidados em saúde ilustram de forma emblemática esse ingrediente da competência, na medida em que os membros da equipe de saúde devem ao mesmo tempo dominar os conceitos, técnicas, terapêuticas (Registro 1), bem como lidar face-a-face com doentes singulares, cujas condições clínicas e capacidades para suportar, aderir e responder ao tratamento se darão em virtude de possibilidades de ordem individual e coletiva (Registro 2). Este é um ponto particularmente pertinente ao objeto de conhecimento que desenvolvemos na tese (e será adiante explorado), assim como a discussão acerca do valor *Serviço Público*.

Quando se trata do terceiro ingrediente da competência, temos que refletir sobre o fato de que toda situação de trabalho é convocação do uso de si (do corpo-si), lugar de dramáticas, de debate de valores. Temos que considerar o vínculo entre competência e os valores envolvidos na atividade, no sentido do que conta para cada um como meio de trabalho, como exercício de vida.

Isso nos remete ao quarto ingrediente: o debate de valores ligado ao debate de normas – tanto as impostas quanto as instituídas – na atividade. O *agir em competência* está também determinado por aquilo que pode valer para uma pessoa (considerando-se a sua relação com o meio) e em que medida ela pode fazer com que esse meio de trabalho seja em parte o “seu” meio, no sentido de que ela possa fazer valer ali algumas de suas normas, renegociando permanentemente com as normas de vida dos outros. Verifica-se neste ponto que o agir em competência depende muito do que o meio oferece como espaço de desenvolvimento de potencialidades, como pode ser verificado nesta tese nos tópicos em que são explorados materiais de Vigotski, Winnicott e Canguilhem.

O quinto ingrediente de uma competência diz respeito a uma ativação ou duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente, colocando-os em sinergia e nos fazendo agir de tal modo e não de outro, o que tem relação com um certo uso do corpo(-si), do envolvimento e responsabilização com a “tarefa” de forma não meramente executável.

O sexto ingrediente refere-se à propriedade de tirar partido das sinergias de competências, em situação de trabalho, o que caracteriza a construção de uma obra coletiva em que cada um assuma suas responsabilidades e saiba compartilhar méritos e responsabilidades quando tiver que fazê-lo. Isso implica uma qualidade de construção sinérgica, em que a eficiência emerge como um produto coletivo, ao mesmo tempo singular, biográfico, corporal, histórico e social.

2.3.3.2 - Sobre gestão e serviço

Schwartz afirma categoricamente a dimensão gestonária do trabalho (de toda atividade, mesmo aquelas consideradas mais simples): “trabalhar é gerir” (1992), uma vez que trabalhar implica/supõe gestão, escolhas, arbitragens. Desse modo, o trabalho pode compreender uma multiplicidade de registros e diversas formas de gerir a vida, entendendo que o trabalho enquanto experiência humana é um

fenômeno enigmático, complexo, multideterminado, que exige o engajamento tanto de especialistas das diversas abordagens e disciplinas científicas pertinentes, quanto dos protagonistas do trabalho. Entre as que podem ser convocadas, temos a Ergonomia da Atividade, que ao analisar o trabalhar segundo a ótica da atividade, tem contribuído para compreender este fazer humano em sua complexidade. Ao se aproximar do trabalho humano em situações reais, ela descobriu que há sempre distância entre a tarefa prescrita e a realizada. Após apreender a tarefa prescrita, os trabalhadores reinterpretam-na (autoprescrevendo-a), em seguida deparam-se com várias fontes de variabilidades internas e externas, com o imprevisto e o imprevisível: panes, disfuncionamentos, fadiga, diferenças de ritmo, efeitos da idade, afetos, experiência.

Como aponta Borges (2006), as “infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 1990), assim como os fracassos, os erros e o mal-estar, fazem parte de nossa história. E, na medida em que nosso mundo é também afetado por imprevistos, pelo acaso, a saúde não pode ser pensada senão como a capacidade de enfrentar os riscos, o que há de adverso e de nocivo no meio, mobilizando-nos para produzir novas normas, renormalizando. Desenvolvendo esse tipo de análise, Schwartz (2003) assinala que a atividade vai muito além da pura execução, denominando este plano de “dramática de uso de si”: para darmos conta de uma tarefa é necessário recorrer aos nossos próprios recursos e escolhas para fazer a gestão da vida.

Gerir o trabalho, nunca é atribuição exclusiva daqueles profissionais designados como administradores, chefes ou ‘gestores’. Sob determinados ângulos, cada um faz a gestão, administra seu *fazer*, seu trabalho, arbitrando, fazendo escolhas, decidindo (SCHWARTZ, 2002). A perspectiva ergológica, que dá o norte de nossa investigação, propõe investigar o trabalho em situação real, a partir do ponto de vista da atividade concreta de quem trabalha, levando adiante a distinção (apontada pela Ergonomia) entre trabalho prescrito e real (ou realizado).

A Ergologia vai sustentar, explorando as descobertas da Ergonomia da Atividade, que a prescrição (como uma das “normas antecedentes”) nunca é suficiente para dar conta da produção exigida. O trabalho real (o que é efetivamente realizado) exige sempre uma mobilização cognitiva e afetiva do trabalhador (o “real do trabalho”). O trabalho, por conseguinte, nunca é mera execução (BORGES, 2006).

Todo trabalho supõe a invenção de formas de regulação (para lidar com as variabilidades), assim como invenção de desvios (para lidar com o acaso). Ou seja, trabalhar supõe saber colocar problemas e fazer escolhas – pondo em prática uma “dramática de uso de si” (do corpo-si) –, supõe a obrigação de negociar, de arbitrar, de efetuar compromissos, enfim de tomar decisões (ou microdecisões) para que resultados possam ser obtidos. Nesse processo, o humano por inteiro se mobiliza, qualquer que seja a natureza da atividade. E ela é ao mesmo tempo de tal modo singular e coletiva, micro e macro, contínua e descontínua que reinterroga e desestabiliza os conceitos que procuram circunscrevê-la. Por isso, “a atividade é uma matriz permanente de convocação do saber e, simultaneamente, de desconforto intelectual” (SCHWARTZ, 2000, p. 61).

O uso do conceito de *atividade* parece, segundo Schwartz, estar voltando com força exatamente quando o chamado ‘setor de serviços’ joga um papel mais dinâmico na economia, pois aí a dimensão *prestação* aparece de forma ainda mais onipresente, reintroduzindo, bem ou mal, as características de transversalidade próprias a esse conceito. Este setor, ao mesmo tempo que vem se tornando mais dinâmico na vida econômica, vem tornando-se também foco de atenção, daí emergindo um novo paradigma para mudanças no modo de trabalhar (como a indústria automobilística o foi com o fordismo).

Nesta perspectiva, Salerno (2001) assinala que se pode lançar mão do conceito de “relação de serviço” para nos referirmos não apenas ao setor de serviços em si (no plural, no sentido do que se tem habitualmente denominado setor “terciário”), mas acima de tudo à intensidade das relações e interações entre os atores da oferta e da demanda e dos níveis de cooperação entre eles. Essa cooperação entre os diferentes atores dar-se-ia em diferentes graus, visando à obtenção de serviços e de efeitos úteis. A co-produção entre prestador e prestatário, ou entre produtor e cliente (ou *usuário*) é, então, o elemento-chave. Nessa formulação, a relação de serviço pode se dar em qualquer setor e não apenas no setor de serviços (ou ‘terciário’).

Zarifian (2001b; 2001c) é um dos autores mais importantes para que se possa explorar o conceito de “relação de serviço”. Produzir serviço é, nesta concepção, colocar em movimento um processo que transforma as condições de existência de um cliente/usuário (individual ou coletivo).

2.4 - O 'Modelo' de Competência e Relação de Serviço

A tônica desse “modelo”, para alguns autores, como Philippe Zarifian (ZARIFIAN, 2001 a; 2001b; 2001c), por exemplo, encontra-se numa refutação à antiga e bastante disseminada classificação setorial da atividade econômica em setores primário (agrário), secundário (industrial) e terciário (serviços). Para Salerno (2001), essa classificação tem pouco poder explicativo sobre a dinâmica do trabalho e da produção nas empresas contemporâneas, portanto, não dando conta da complexidade das situações que hoje se apresentam.

Salerno assinala que, para fugir da armadilha presente na dualidade indústria-serviços, pode-se lançar mão do conceito de “relação de serviço”, conceito que se refere não ao setor de serviços (no plural, no sentido do que se tem habitualmente denominado setor “terciário”) em si, mas à intensidade das relações e interações entre os atores da oferta e da demanda e dos níveis de cooperação entre eles. Essa cooperação entre os diferentes atores dar-se-ia em diferentes graus, visando à obtenção de serviços e de efeitos úteis. A co-produção entre prestador e prestatário ou entre produtor e cliente (ou *usuário*) é, então, elemento-chave. Nessa formulação, a relação de serviço pode se dar em qualquer setor e não apenas no setor de serviços (“terciário”).

Para Zarifian (2001b), o conceito de serviço é um conceito transversal, que abrange e pode servir de referência comum aos três universos de uma produção industrial:

- a) o universo da concepção das novas tecnologias e dos novos produtos ou serviços;
- b) o universo dos grandes sistemas técnicos que asseguram a produção material de produtos ou de serviços;
- c) o universo da relação direta com os clientes ou usuários.

No seu entender, a eficiência de uma empresa depende da qualidade da cooperação, da convergência e complementaridade de objetivos entre esses três universos. No entanto, isso não ocorre sem que haja o confronto entre aquilo que Zarifian denomina “lógica de serviço” e a lógica industrial fordista (ou neofordista, conforme prefere Zarifian, incorporando as mutações que têm afetado os modelos industriais). No encontro entre essas duas lógicas apóia-se o *modelo de produção industrial de serviço*. Produção sendo entendida aí como aquilo “que incorpora, nas

suas tecnologias, na sua organização social, nos seus objetivos de eficiência, princípios semelhantes aos que são desenvolvidos na grande indústria e que os aplica, modificando-os, na produção de serviço” (Zarifian, 2001b, p. 69).

A lógica industrial predominante opera por meio da concentração da produção, da intensificação do trabalho, de objetivos de produtividade volumétrica, de distanciamento entre o produtor e o cliente, muitas vezes ignorando as reais necessidades dos clientes, o que impede a antecipação dos problemas dos clientes e o diálogo com eles. Esses são fatores que dificultam a penetração da lógica de serviço no funcionamento industrial.

Produzir serviço, para Zarifian, é colocar em movimento um processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos. Assim, a *qualidade do serviço prestado* (ou de um bem vendido) seria definida em função da maneira como esse produto (ou serviço) melhora qualitativamente as condições de produção ou de vida de um cliente. A proposta dele seria associar, de maneira inteligente, lógica de serviço e lógica industrial.

No livro denominado *Objetivo competência*, Zarifian (2001a), assinala a importância do desenvolvimento de uma “competência de serviço”, como uma abertura e uma transformação interna dos ofícios já existentes, integrando os procedimentos de autonomia, de responsabilidade e de comunicação dentro das competências profissionais. Ele apresenta (em oposição às hegemônicas abordagens “neoliberais” de competência) uma definição multidimensional de competência que compreende:

- a) o tomar iniciativa e o assumir responsabilidade dos trabalhadores (o que ocorre quando se dá um valor significativo ao que faz, encontrando sentido no seu *fazer*);
- b) a inteligência prática das situações, que se apoia nos conhecimentos adquiridos, mas os transforma;
- c) a faculdade de mobilizar diferentes redes de atores e instituições (governamentais, acadêmicas, empresariais e sindicais) em torno das mesmas situações.

Contudo, devemos ressaltar que para que possa tomar iniciativa e assumir responsabilidades é necessário que o trabalho atribua um valor significativo ao que faz, o que pressupõe uma estrutura organizacional e social que ofereça meios e garantias que possibilitem a produção de sentido.

Para Zarifian (2001b), o modelo de produção industrial de serviço representa uma tendência que se choca com o modelo do assalariamento flexível e é incompatível com políticas de precarização que têm afetado os empregos nos últimos anos, assim como os modos degradados de produção a que costumam estar associados. No confronto com modelos que puxam para baixo as qualificações, a organização do trabalho, os salários, os níveis de consumo, as exigências de saúde, qualidade e vida, o modelo proposto por ele procura caminhar no sentido da melhora qualitativa das condições de produção e de vida dos cidadãos.

O conceito de *serviço* em Zarifian (2001c) é proposto como capaz de exprimir uma nova maneira de ver e avaliar a produção, em qualquer setor. A partir daí indaga: em que consiste “produzir serviço”, qual a validade social da produção de serviço, como se situa na problemática de desenvolvimento de uma sociedade? De uma forma mais abrangente Zarifian (2001c, p. 119) definiu serviço como “uma organização e uma mobilização, o mais eficiente possível, de recursos para interpretar, compreender e gerar a mudança perseguida nas condições de atividade do destinatário do serviço”.

Nesta perspectiva, que se preocupa em avaliar o valor do serviço, introduz-se o usuário/cliente como referência principal do complexo de desempenhos que levam ao produto (um bem material ou uma prestação de serviço). É a avaliação do cliente-usuário que julgará a qualidade dos bens ou serviços produzidos, o tempo consumido na sua realização, a originalidade dos produtos propostos, etc. Não se trata de considerar o cliente como *rei* ou hipocritamente alegar que “o cliente tem sempre razão”, e sim compreender que não pode haver uma avaliação baseada em simples indicadores numéricos, não se pode definir o valor (e a produtividade) de um serviço, sem que o destinatário desse serviço possa se expressar a seu respeito.

Nesse ponto colocam-se questões capitais a serem discutidas em torno do valor *Serviço Público*, sobre eficácia e eficiência e as relações complexas entre produtividade e qualidade. No que concerne às Ações e Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), acrescenta-se ainda a discussão sobre a importância do controle social e da participação dos usuários. Esta discussão tem uma importância especial nesta tese e será possível explorá-la ainda mais quando forem apresentados e analisados os materiais da pesquisa de campo.

Por ora fiquemos com algumas indagações. Qual deveria ser a produtividade e a qualidade desejável para atender às demandas da sociedade e dos usuários dos

Serviços de Saúde, no Brasil? Como assegurar aos próprios trabalhadores de Saúde o exercício de suas funções com a garantia de condições de conquista de sua própria saúde & segurança, em articulação com as exigências societárias de produtividade & qualidade do serviço prestado? Quais são as perspectivas e entraves para que se configure o propagado “atendimento humanizado” no Serviço Público de Saúde? Como podemos enfrentar essa discussão a partir do que foi exposto até aqui?

2.5 - Enriquecendo com outras abordagens a caixa de ferramentas teóricas da perspectiva ergológica

Considerando a importância das idéias de dois autores, o psicanalista inglês Donald Woods Winnicott e o biólogo chileno Humberto Maturana Romesín, propus em um artigo (SOUZA, 2008)³³ uma articulação inicial entre suas ideias principais, buscando com essa discussão tentar avançar, ainda que minimamente, numa melhor compreensão de algumas questões do campo da saúde humana e da gestão do trabalho e da vida.

O artigo baseou-se no entendimento de que no âmbito da Saúde Pública as atividades de atenção, de cuidados, a ‘consulta’, os ‘exames’ – a demanda e autorização do cliente ao profissional de saúde, o contato, o instante do encontro entre profissional de saúde e usuário, a atenção, o esforço de compreensão que um dedica ao outro, aquilo que o usuário oferece de informação sobre seu estado geral físico, psíquico, social – podem se constituir em uma zona, um espaço onde emergem elementos fundamentais para que essa relação aconteça na forma de um dispositivo dinâmico de três pólos - DD3P (SCHWARTZ, 1999/2000). Como uma zona de desenvolvimento (VIGOTSKI, 1991; CLOT, 1999), um espaço potencial (WINNICOTT, 1975) de outras possíveis formas de (con)viver e de produzir saúde.

Assim como Paulo Freire (1974) se contrapunha a uma educação ‘bancária’ (que supõe um professor ‘que sabe’ transmitindo seu saber para um aluno que até então ‘não sabia’), podemos pensar-agir ao largo de práticas de saúde ‘bancárias’, à medida que os usuários sejam vistos como participantes ativos numa relação que

³³ Publicado no ano de 2008 na revista *Estudos e Pesquisas em Psicologia* do Instituto de Psicologia da UERJ, ano 8, número 2.

não pode ser de mão única, e sim de diálogo sinérgico, de co-produção do novo, resultado de certa dialética e não de uma simples soma das partes.

Freire, ao discorrer sobre a antidialogicidade da concepção ‘bancária’ da educação, afirmou que o diálogo se rompe se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade (componente do terceiro pólo, no DD3P). O diálogo se faz numa relação horizontal, em que a *confiança* (uma forma de magnetismo positivo, elemento explorado pela PDT para viabilizar a “dinâmica do reconhecimento”, tão importante como operador de saúde) de um pólo no outro é consequência óbvia, uma vez que se funda no amor, na humildade, na tolerância generosa³⁴ e na crença nos homens. Em seu último livro (FREIRE, 1996) acrescenta que o essencial nas relações é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia.

O terceiro pólo do dispositivo proposto por Schwartz, é justamente o que vai contemplar esses aspectos considerados fundamentais por Freire, já que, contrariamente aos outros dois, não contém saberes pré-estocados ou investidos nas atividades, mas impõe, de uma parte, certa humildade epistemológica para retornar a palavra à atividade e, de outra parte, uma aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades.

Diversos autores têm reconhecido a inadequação do modelo hegemônico de educação e comunicação em Saúde, seja por sua dimensão ética (FREIRE, 1974; CYRINO; TEIXEIRA, 2006) ou por sua eficácia técnica, frente à complexidade das mediações que indivíduos, grupos e coletivos estabelecem com tais questões.

Um dos desafios que estão colocados para o campo da Saúde Pública, tem sido superar o apagamento do usuário, ainda tomado como “*paciente*”, e reconhecê-lo como um legítimo outro, também portador de valores, emoções e sentimentos, nem sempre apreendidos pela tecnologia médica. A crise de confiança que se abate sobre os profissionais de saúde, tem exigido a busca de novas abordagens na atenção à saúde, que resgatem a dimensão de ‘cuidado’ na assistência à saúde.

Para isso o trabalhador de Saúde não pode ser pensado como mero executor de procedimentos e normas (antecedentes) e nem o usuário como mero depositário de seus efeitos, mas como humanos co-atuantes e co-responsáveis pela produtividade e qualidade do serviço, da relação clínica, pela terapêutica, pelo

³⁴ Em um dos cinco Encontros que realizamos com os trabalhadores da Unidade de Saúde pesquisada solicitamos que cada um dos presentes escolhesse ao menos uma palavra para denominar sua atividade. Uma médica escolheu a palavra *tolerância*, para expressar o que é necessário ter para lidar com (e tentar entender) suas próprias limitações e dificuldades e também com as dos seus pacientes.

tratamento e pelo restabelecimento da saúde. Outra exigência é que o ambiente de trabalho não seja imaturo ou doente/adoecedor (WINNICOTT, 1982), pois, conforme Maturana (2000, p. 61), “os seres humanos ficam enfermos num ambiente de desconfiança, manipulação e instrumentalização das relações”.

Uma das tentativas oficiais para tentar lidar com essa problemática é representada pela implementação pelo Ministério da Saúde da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS, tema já explorado no capítulo 1. Além do que já foi dito, podemos remeter o leitor também a um texto publicado recentemente (BRASIL, 2006a), onde são apresentados de forma sintética os principais itens referentes ao tema.

Por ora, orientado pela perspectiva da Ergologia que, na busca de melhor compreender-transformar positivamente a atividade humana, lança mão tanto dos saberes da experiência, dos protagonistas da atividade, quanto dos saberes de diversas disciplinas científicas e suas abordagens, propomos o desafio de buscar melhor compreender o *fazer* humano em sua complexidade (compreendido aqui também o que concerne às relações entre a atividade humana, a criatividade, os cuidados entre os seres humanos e a saúde) através das consonâncias que verificamos entre a psicanálise de Winnicott e a Biologia do Amar formulada por Maturana.

2.5.1 - Winnicott e o viver criativo

D. W. Winicott, médico pediatra e psicanalista inglês, oferece uma peculiar contribuição para compreendermos melhor a atividade humana, a vida, em sentido lato, e sobre o que desenvolve nossa capacidade de viver criativamente e de encontrar “vitalidade” na vida em seus diversos momentos e movimentos.

Para Júlio de Mello Filho, um dos expoentes da Medicina Psicossomática brasileira e introdutor, há cerca de 40 anos, do pensamento de Winnicott no Brasil, a obra desse autor transcende a Psicanálise e se insere nos campos da educação, assistência social, pediatria, saúde mental, delinquência, adolescência, para tentar responder, segundo ele mesmo, a pergunta essencial: “De que trata a vida?” (MELLO FILHO, p.33).

Embora seu treinamento analítico tenha sido baseado na vertente kleiniana, Winnicott foi aos poucos elaborando sua própria teoria e propondo seus próprios conceitos, tais como: “mãe suficientemente boa”, “ambiente facilitador”, “objetos e fenômenos transicionais”, “*holding*”, realidade compartilhada”, “espaço potencial” (WINNICOTT, 1975, 1978, 1982). O desenvolvimento desses conceitos, para citar apenas alguns, em muito contribuiu para a compreensão do desenvolvimento emocional humano.

Winnicott propõe que o ‘amor’ é a emoção humana fundamental, a partir do amor mais originário que ele tanto investigou, presente na relação da mãe com o filho. Para ele, a mãe (ou quem faça este papel) sustenta a criança, algumas vezes fisicamente, e todo o tempo figurativamente. O que denomina por *holding* inclui a comunicação silenciosa entre a mãe e seu bebê e é a raiz de todas as outras comunicações entre os seres humanos. É através do *holding* materno que a criança se sente integrada em si mesma e começa a experimentar uma sensação de diferenciação do mundo em que vive. Em seu entender, somos o produto de uma integração constante e permanente com o meio, resultado do encontro dos processos de maturação com um ambiente facilitador, que possibilita o desenvolvimento destas potencialidades e do impulso criativo.

O tema da criatividade, bastante presente na obra de Winnicott, está relacionado a uma das suas mais importantes descobertas: a dos objetos e fenômenos transicionais, aos quais a criança se liga para substituir, transitoriamente, a figura materna, da qual precisa se individualizar. Ele introduz esses termos para designar a área intermediária de experimentação (entre o subjetivo e aquilo que é objetivamente percebido), para a qual contribuem tanto a realidade interna quanto a vida externa, onde está compreendida a passagem do erotismo oral para a verdadeira relação de objeto e da onipotência para o reconhecimento da dependência (física e afetiva) do outro. “O lactente começa a saber em sua mente que a mãe é necessária” (WINNICOTT, 1982, p. 84).

Pois, no começo, a mãe propicia ao bebê, quando lhe ‘oferece o seio’ (entendido aqui como todos os cuidados de maternagem) a ilusão de que o ‘seio’ (cuidado) faz parte dele como algo de que pode dispor, de forma onipotente, como e quando ele quiser. A adaptação da mãe às necessidades do bebê, quando ‘suficientemente boa’, dá a este a ilusão de que existe uma realidade externa

correspondente à sua própria capacidade de criar. Após propiciar a oportunidade para a ilusão, gradativamente a mãe precisa assumir a tarefa de desiludir, preparando o palco para as frustrações.

O objeto transicional representa a transição do bebê de um estado em que está fundido com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo separado. Ele não é um 'objeto interno' (um conceito mental, desenvolvido por Melanie Klein), tampouco é (para o bebê) um objeto externo. Ele é uma possessão, a primeira possessão original reconhecidamente 'não-eu', 'diferente-de-mim'. Está relacionado ao desenvolvimento da capacidade do bebê de criar, imaginar, inventar, originar, produzir um objeto, assim como aponta para o início de um tipo afetivo de relação de objeto. À medida que o bebê cresce, o objeto transicional (o polegar, o ursinho, o lençol, etc.) vai sendo gradativamente descatequizado (ou desinvestido), perde o significado, devido ao fato de que "os fenômenos transicionais se tornaram difusos, se espalharam por todo o território intermediário entre a realidade psíquica interna e o mundo externo" (WINNICOTT, 1975, p. 19).

É o objeto transicional que abre o caminho em direção ao desenvolvimento da capacidade para relações objetivas. O lactente muda de um relacionamento com um objeto subjetivamente concebido para uma relação com um objeto objetivamente percebido, muda da fusão com a mãe para ser separado dela, relacionando-se com ela como separada dele, como 'não-eu'. À medida que o bebê cresce, os objetos transicionais vão sendo substituídos por fenômenos mais abstratos (canções de ninar, sons emitidos pelo bebê, ritmos corporais, etc.).

Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado, e deste para as experiências culturais.

Ao defender a importância do *brincar* como uma atividade natural e necessária ao desenvolvimento humano, Winnicott postulou a existência de um espaço potencial entre a mãe (ou figura materna) e o bebê, um espaço que pode variar bastante segundo as experiências de vida do bebê em relação à mãe, com o mundo interno (psicossomático) e com a realidade concreta ou externa. Essa área intermediária da experiência constitui a parte maior da experiência do bebê e, através da vida, é conservada na experimentação intensa que diz respeito às artes, à religião, ao viver imaginativo e criativo. Acrescento: no que diz respeito ao trabalhar. Então, o impulso criativo seria algo que se faz presente quando qualquer

pessoa se inclina de maneira saudável para algo ou realiza deliberadamente alguma coisa.

Para ele (1975), o *brincar* é universal, uma forma básica de viver, e é somente no *brincar* que o indivíduo pode ser criativo. “Viver criativamente constitui um estado saudável, e a submissão é uma base doentia para a vida” (p. 95). Pergunta-se: quais as relações entre o brincar e o trabalhar, quais as possibilidades concretas de viver criativamente o *trabalhar*?

A criatividade é entendida por Winnicott como algo pulsional, uma proposição universal, relacionada com os modos de cada um abordar a realidade externa. Sob essa ótica, ele afirmou a necessidade de se considerar a impossibilidade de uma destruição completa da capacidade de um indivíduo humano para o viver criativo.

2.5.2 - Humberto Maturana e a “Biologia do Amor”

Humberto Maturana, biólogo chileno, através do seu conjunto de idéias, que vem sendo designado como “Biologia do Conhecimento”, “Biologia do Amor”, ou do “Amor” (recentemente vem sendo usada esta denominação, fazendo-se uso do verbo de forma substantivada), procura demonstrar que o chamado ‘humano’ se constitui no entrelaçamento do racional com o emocional. Tomando como ponto de partida a Biologia, a abordagem e as descobertas desse autor podem ser estendidas a diversas outras áreas como, por exemplo, a Psicologia (também a certa Psicanálise, notadamente a winnicottiana), a Sociologia, a Antropologia.

Entendendo as emoções como disposições corporais que especificam domínios de ação, Maturana considera que a condição biológica básica dos humanos é a de sermos dependentes do amor e que o *socius* estaria fundado nessa emoção em particular e na conseqüente convivência e integração com os outros e com o meio. Para ele é o entrelaçamento cotidiano entre razão e emoção que constitui nosso viver humano, já que todo sistema racional teria um fundamento emocional. O peculiar do humano estaria na linguagem e no seu entrelaçamento com o emocionar (MATURANA, 1998).

Não somos animais amorosos porque isto foi uma vantagem evolutiva. O ser humano não se conservará em qualquer cultura, apenas naquelas que conservarem

a biologia do amar e da intimidade como aspectos centrais do modo de vida que as define.

Para Maturana e Verden-Zöller (2000, p. 70) os humanos pertencem a uma linhagem neotênica, isto é, “uma linhagem definida pela conservação da progressiva expansão das características da infância na vida adulta”. Assim, os seres humanos modernos, seriam, no seu entender, animais dependentes do amor em todas as idades e a sensualidade e a ternura, características da relação materno-infantil, seriam expandidas para o âmbito adulto. Este processo de neotênia não implicou apenas na conservação de traços anatômicos e fisiológicos, mas também na conservação, na vida adulta, das dinâmicas relacionais próprias da relação materno-infantil. Por essa razão seríamos, nós, os seres humanos modernos, animais dependentes do amor em todas as idades. E adoecemos em qualquer idade quando há interferência com o nosso viver no amor: “a maior parte das enfermidades humanas, somáticas e psíquicas, pertencem ao âmbito de interferências com o amor” (MATURANA, 1993, p. 159).

O peculiar do humano estaria na linguagem e no seu entrelaçamento com o emocionar (MATURANA, 1998), definindo o conversar como “dar voltas com o outro, entendendo estar envolvido nesta ação um entrelaçamento entre o languagear e o emocionar”. Segundo ele (MATURANA, 2001), as emoções mudam conforme conversamos e ao mudá-las mudamos também nossa maneira de nos relacionarmos com o mundo.

Maturana e Verden-Zöller (2000, p. 72) asseguram ainda que “foi no espaço relacional da intimidade, na aceitação da proximidade corporal e da cooperação, que a linguagem pôde surgir e surgiu”. A transformação de nossos ancestrais em nós, como animais de linguagem, falantes, deve ser o resultado de uma direcionalidade evolutiva definida pela conservação de uma maneira de viver em conversações através da produção de sons num fundamento de intimidade constituído desde a biologia do amor.

Avançando em suas reflexões os autores justificam que somos animais de linguagem e amorosos porque “o amor é nossa base, a proximidade é nosso fundamento, e se os perdermos, procuramos sempre de novo recuperar o amor e a proximidade, porque sem eles desaparecemos como seres humanos [...]”, pois “a saúde psíquica e fisiológica depende do amor” (MATURANA; VERDEN-ZÖLLER,

2000, p. 75). Se a relação primária mãe-filho não é perturbada, o humano conserva-se como maneira de viver na vida adulta, a criança torna-se um ser singular ao viver num espaço relacional com outros seres.

Embora vivamos em um mundo onde o ódio, sob as suas diversas formas, a violência, a manipulação e a instrumentalização das relações humanas estejam presentes, o fundamento emotivo em que ocorre a vida da comunidade humana é a cooperação e a emoção que constitui a relação social é o amor, a aceitação do outro como um legítimo outro em coexistência com alguém. Nenhum sistema social pode se basear na agressão porque a agressão leva à separação ou à destruição.

2.5.3 - Winnicott e Maturana: um diálogo possível em sinergia com as outras ferramentas?

Reproduziremos alguns trechos que consideramos de grande importância para a proposta de apresentar proximidades entre o pensamento de Maturana e de Winnicott.

Os aspectos importantes da dinâmica sistêmica que nos fazem e conservam como seres humanos são a intimidade do amor e o jogo na relação materno-infantil e uma infância vivida de maneira que a pessoa em crescimento conserve o respeito por si mesmo e pelo outro [...]. A relação primária entre mãe e filho ou filha é uma relação de total confiança e mútua aceitação corporal na qual, na dinâmica do jogo com a mãe, o filho aprende a sua corporalidade e a corporalidade dos outros, desenvolvendo sua consciência de si e sua consciência social no auto-respeito e respeito pelos outros, ao mesmo tempo em que cria o mundo em que vive como uma expansão de sua dinâmica racional e corporal. Se esta relação primária mãe-filho não é perturbada, o humano conserva-se como maneira de viver na vida adulta" (MATURANA; VERDEN-ZÖLLER, 2000, p. 77).

Em outras palavras Winnicott (1975, p. 25) afirmou:

Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária (ver Freud, 1923), a menos que exista uma mãe suficientemente boa. A 'mãe' suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração (parênteses do autor).

Constatando em sua época a ausência de um enunciado útil sobre o tema da *brincadeira* na literatura psicanalítica, Winnicott enfatizava que *o brincar* trata-se de um tema que precisa ser estudado em si mesmo, posto que pode ser verificado tanto no caso de análise de adultos quanto no de crianças, manifestando-se no

primeiro caso, por exemplo, na escolha das palavras, nas inflexões de voz e no senso de humor.

Em seu entender a *brincadeira* é algo universal, própria da saúde, o *brincar* facilita o crescimento e, portanto a saúde, conduzindo aos relacionamentos grupais, enfim, é uma “coisa natural e universal” (WINNICOTT, 1975, p. 63). Para ele o brincar representaria sempre uma experiência criativa na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver, estando estreitamente relacionado ao que chamou de espaço potencial, o qual se desenvolve inicialmente entre a mãe e o bebê e, posteriormente, entre a criança e a família, entre o indivíduo, os outros, o meio. Da magnitude desse espaço potencial dependerá a experiência que conduz à confiança em si próprio e nos outros.

Para Winnicott, “não existe saúde para o ser humano que não tenha sido iniciado suficientemente bem pela mãe”³⁵. Mas, não é necessário que a *mãe suficientemente boa* seja necessariamente a mãe biológica do bebê, sendo mais importante que seja alguém que oferece uma *provisão ambiental suficientemente boa*. O espaço potencial acontece apenas em relação a um sentimento de confiança por parte do bebê, confiança relacionada à fidedignidade da figura materna ou dos elementos ambientais.

Em Maturana essa idéia também parece estar presente, já que ele afirma que o que entende por *mãe* em sua teoria é a relação de cuidado em uma relação íntima de aceitação e confiança, que pode ser realizada tanto por um homem como por uma mulher.

Em “Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano” (MATURANA, 2004), encontramos desde o título diversos pontos de proximidade entre a chamada Biologia do Amar e aquilo que vimos a respeito da Psicanálise Winnicottiana.

Nesse livro o autor acentua que a existência humana acontece no “espaço relacional” do conversar e, aproxima-se ainda mais de Winnicott ao concordar com Verden-Zöller quando esta afirma que a criança cria seu “espaço psíquico” como seu “espaço relacional”, ao viver na intimidade e em contato corporal com sua mãe: “nesse processo, a criança aprende o emocionar e a dinâmica relacional

³⁵ Ibid. p. 26.

fundamentais, que constituirão o espaço relacional que ela gerará em sua vida” (MATURANA, 2004, p. 12).

Sobre o brincar Maturana diz mais adiante: “a relação materno-infantil tem de ser vivida no brincar, numa intimidade corporal baseada na total confiança e aceitação mútuas, e não no controle e na exigência”³⁶.

Não obstante, vivemos em uma cultura que nega o lúdico e o prazer de brincar como fundamentos da saúde psíquica. Para ele é preciso respeitar a biologia da relação materno-infantil, isto é, meninos e meninas devem crescer na biologia do amor (onde o brincar - com suas dimensões de proximidade corporal, cooperação, ternura e sensualidade - tem um papel fundamental). Pois como animais dependentes do amor, adoecemos ao sermos privados dele em qualquer idade.

Para Maturana é preciso que sejamos capazes de gerar um espaço psíquico neomatrístico, onde matrístico conota uma situação cultural na qual a mulher tem uma presença mística³⁷, que implica a coerência sistêmica acolhedora e liberadora do maternal fora do autoritário e do hierárquico. Uma cultura matrística significa algo diferente de dois outros modos de viver as relações humanas: o patriarcal e o matriarcal, domínios dos quais pretende se distanciar.

Em diversos livros Maturana (1974, 1993, 2000) afirma que a linhagem dos seres humanos surgiu definida através da conservação da relação materno-infantil de aceitação mútua na confiança e na proximidade corporal. Em seu entendimento, pertencemos a uma linhagem que se desenvolveu no interior de uma cultura matricial de cuidados e atenção mútuos, baseada no amor, na afetividade e na intimidade, com características neotênicas, de expansão e conservação da infância na vida adulta. Tal pensamento parece estar em consonância com o que preconizava Winnicott (1975; 1982) quando nos indicou que todos os viventes humanos necessitam, nas primeiras fases de sua vida – e, diríamos, também nas posteriores - de *holding* (WINNICOTT, 1975; 1982), isto é, suporte fisiológico,

³⁶ Ibid. p. 16.

³⁷ Conforme visto, essa exaltação dos atributos e do caráter místico do ‘feminino’ está presente em escritos de Dejours, quando discorre sobre a deusa grega Métis, remetendo aos profundos estudos de Psicologia Histórica de Detienne e Vernant (1974). Dejours, embora de forma sumária, remete também aos materiais de Freud a respeito da bipolaridade da sexualidade humana (neste caso, Dejours ressalta o polo feminino da bissexualidade).

cognitivo e afetivo para o seu desenvolvimento, o qual se inicia por intermédio da relação mãe-bebê.

Essas proposições nos indicam um horizonte para reflexão. Se a amorosidade é algo próprio do humano, a gestão de/em qualquer empreendimento onde incontornavelmente haverá, de forma direta ou indireta, humanos trabalhando deverá exigir uma postura, uma atitude, métodos e técnicas que serão mais úteis e eficazes, melhor encaminharão as complexas relações entre produtividade & qualidade com saúde, segurança & confiabilidade, quanto mais contiverem desse ingrediente indispensável, ou quanto mais se desenvolverem em um paradigma matrístico.

Nesta mesma linhagem, com base na perspectiva ergológica, vem se desenvolvendo em alguns locais experiências que tentam pôr em prática o que, em francês, se denomina *l'ergomanagement* (SCHWARTZ; PRÉVOT-CARPENTIER, 2007) ou, como temos denominado em português, ergogestão. Nesta tese é colocada em análise a experiência da qual participei como diretor geral de uma Unidade de Saúde Pública, ocorrida entre os anos de 2005 a 2008, na qual procurei agir tendo como orientação essa perspectiva. Na análise que empreendemos na tese buscamos pistas para compreender que avanços e retrocessos, que êxitos e insucessos, que possibilidades e limites para novos experimentos estiveram presentes e puderam ser identificados.

Para compreender-transformar positivamente o que se apresentava no campo empírico optamos por métodos de pesquisa pertinentes ao objeto e aos objetivos da pesquisa. Estes serão apresentados no capítulo 4.

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO & GESTÃO EM SAÚDE.

MÉTODOS, PARADIGMAS E ESTRATÉGIAS EM DEBATE.

3.1 - As proposições dos principais autores sobre o tema

De acordo com Teixeira (1999), a produção recente tem apontado para uma gama de possibilidades para o desenvolvimento conceitual e metodológico do Planejamento & Gestão em Saúde. A análise crítica das diversas correntes de pensamento em planejamento e a experimentação prática de alternativas nos sistemas locais e nos serviços têm gerado distintas contribuições que a autora classifica em duas grandes linhas:

- 1) a reconstrução prática das metodologias de planejamento e programação de saúde a partir da experimentação técnica e operacional com base na reflexão sobre a condução política e organizativa de sistemas locais de saúde (que tem, entre outros, E. V. Mendes como um de seus principais representantes) e da prática programática em serviços de atenção primária (L. B. Schraiber);
- 2) a reflexão crítica sobre as bases conceituais e metodológicas do planejamento a partir da análise crítica da contribuição de Carlos Matus, buscando uma aproximação com a teoria do agir comunicativo de Habermas (F. J. U. Rivera e E. Artmann), ou aproximando-o da “moderna teoria da administração” (E. E. Merhy).

Em relação à primeira das duas linhas citadas, no capítulo 1 foram desenvolvidas as principais idéias de E. V. Mendes, um dos autores que Teixeira vincula a essa linha. Também vinculada à primeira linha, Schraiber (1993), por sua vez, organiza uma coletânea intitulada '*Programação em Saúde hoje*', na qual conta com artigos de diversos autores, buscando, com suas contribuições, ampliar a gama de questões postas sobre as diretrizes políticas necessárias a uma melhor

estruturação das práticas em saúde, e tentando, de outro lado, lançar algumas bases para um aprofundamento de questões já tradicionais no campo da Saúde Coletiva, tais como a melhoria do acesso aos serviços e a melhoria da qualidade da assistência prestada, “para aquelas parcelas da população marginalizadas dos benefícios sociais que desfrutam algumas elites do país” (p. 12). Para ela, a programação vem ocupando cada vez mais o centro de um debate que vem se travando sobre a forma mais adequada de se organizar os serviços de assistência à saúde no Brasil.

Embora admita que não se trate de uma problemática nova no interior do pensamento e das proposições políticas de intervenção nos serviços de saúde, Schraiber acentua que, somente em anos muito recentes tem-se assistido à formação de correntes de pensamento em torno da noção de Programação, objetivando projetar modelos assistenciais alternativos, com vistas a construir diferentes concepções sobre as práticas de intervenção nos doentes e nas condições relativas à promoção da saúde da população.

Propõe a autora que esse debate deve contemplar o aprofundamento das noções de “programa de saúde” e de “modelo assistencial”, já que ambas têm sido correntemente utilizadas no interior de propostas técnicas e planos de saúde que se voltam para questões de organização das práticas em saúde. Acentua ainda a existência de duas lógicas assistenciais, de um certo modo, alternativas e opostas entre si. De um lado, o *trabalho clínico*, que envolve a produção da assistência médica individual, feito pelos médicos e todos os demais trabalhadores referidos a essa forma de assistência, que a autora denominou de “*consulta*”. De outro lado, o *trabalho sanitário*, que se refere à proteção e promoção da saúde, atividades do médico sanitarista e dos demais profissionais da Saúde Pública, e que, em certas situações de trabalho, envolve também uma dimensão de prática clínica, nas ações de diagnóstico e tratamento dos casos individuais (Programas Verticais, como Tuberculose e Hanseníase, por exemplo).

Campos (1991) apresenta as suas críticas às noções que fundamentam o método de “Programação em Saúde”, tomando por base a coletânea organizada por Schraiber. Argumenta que a perspectiva das Ações Programáticas de Saúde apresenta um caráter estreito e limitante, quer do ponto de vista tecnológico, quer

em relação aos resultados de políticas deduzidas daqueles princípios. Polemiza ainda com o eixo principal de dois artigos da coletânea que se fundamentam na hipótese de que haveria uma contraposição entre a Atenção Individual e a Saúde Pública. Para ele é também questionável o significado do que Schraiber chamou de modelo da consulta e a conseqüente assertiva de que este possui maior poder que os demais para se impor e manter como modalidade de prática clínica. Veremos adiante (p. 186) também a crítica de Campos aos chamados Programas de Saúde.

Passando para a segunda linha apontada por Teixeira (1999), demonstraremos algumas contribuições dos autores por ela citados.

Rivera e Artmann (1999) propuseram-se a resgatar os aspectos produtivos da proposta do Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus³⁸ (1993) e suas lacunas conceituais e metodológicas e propor possíveis áreas de complementação, com o objetivo de abrir caminho a uma proposta mais ampla e comunicacional do Planejamento.

De acordo com Artmann (2008)³⁹, entre as vertentes do planejamento estratégico que surgem na América Latina a partir dos anos 70, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus. O PES apresenta-se como um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas. Destacam-se no enfoque PES questões como: a análise e construção de viabilidade do plano, a flexibilidade do plano frente a mudanças do cenário e a noção de planejamento como estreitamente vinculada à ação, aos resultados e impactos reais.

O PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É importante destacar que, embora se possa partir de um campo ou setor específico,

³⁸ Economista chileno, consultor do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social – ILPES na Comissão Econômica para a América Latina. Ministrou vários cursos no Brasil nos anos de 1990.

³⁹ Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/OPESNIVELocalJavier.rtf>. Acessado em 18 de março de 2008.

os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões - política, econômica, social, cultural, etc. – e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicos e sua solução depende, muitas vezes, de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação. Os conceitos fundamentais do PES são: planejamento, ator, problema e situação. O conceito de situação é usado tendo por base a compreensão de que os problemas de saúde estariam articulados com problemas econômicos. Considerando que em uma dada situação existem vários atores sociais e diferentes planos de ação com objetivos distintos, Matus (1993) propõe o cálculo situacional como uma explicação “de dentro”, um diálogo entre um ator e os outros atores, que vão simultaneamente apreendendo as diferentes explicações sobre uma dada realidade.

O Método PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos *explicativo*, *normativo*, *estratégico* e *tático-operacional*. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais.

Em Rivera e Artmann (1999) o planejamento é situado – como momento de desenho – no interior do processo de gerenciamento/gestão de serviços e sistemas e suas possibilidades são interpretadas como mediadas/subordinadas à cultura das organizações.

Os autores identificam nas propostas de Matus um limite nas possibilidades de lidar com a cultura – entendida enquanto conjunto de estruturas mentais que subordinaria todas as práticas de trabalho e as derivadas formas organizativas. Para eles, Matus, embora reconheça a primazia da cultura em relação aos processos de trabalho, não aprofunda sua análise em busca de uma proposta de intervenção mais eficaz.

Nesse sentido, Rivera e Artmann propõem uma idéia de planejamento que incorpore uma metodologia de “escuta da cultura”, desenvolvendo estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre os problemas, revalorizando a negociação e a cooperação a favor da legitimidade dos planos. Eles pensam em um sistema de gestão criativa que priorize formas de tomada de decisões coletivas, consensuadas, capazes de estimular a comunicação, pois entendem que a única possibilidade de mudar cultura a longo prazo reside na capacidade de construção

legitimada de novas representações que os atores podem ter em função de sua participação em processos comunicativos, de aprendizagem.

A complexidade do trabalho nas organizações profissionais de saúde, a relativa impossibilidade de uma padronização mecanística e a intensa distribuição de poder nelas existente, sugerem, junto com outras características, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo, comunicativo, o que, para os autores, reforça sua perspectiva de organização dialógica ou comunicante, na qual as equipes de gestão contariam com representantes das principais categorias profissionais, a fim de democratizar a tomada de decisões.

Baseados em Habermas, entendem que as tradições culturais, ainda que condicionem fortemente o funcionamento das organizações e a ação dos atores, podem ser questionadas a partir do exercício de um discurso crítico. Uma reflexão mais aprofundada sobre cultura funcionaria enquanto componente da viabilidade de uma intervenção planejada.

A abordagem comunicativa em planejamento tem origens a partir de reflexões teóricas sobre experiências com o enfoque do PES e do estabelecimento de um diálogo com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas e apresenta hoje vários desdobramentos teórico-metodológicos e pragmáticos. Rivera e Artmann ressaltam alguns desdobramentos que merecem ser aprofundados através das seguintes linhas de investigação: (1) análise da cultura como componente de viabilidade de um projeto, visando a uma metodologia de escuta da cultura, o estabelecimento da relação cultura-problemas em face de um determinado macroproblema e o desenho de estratégias de utilização da cultura como recurso da intervenção sobre problemas; (2) desenho metodológico e missão institucional, envolvendo uma análise comparativa das possibilidades do PES, em vários níveis de atenção à saúde; (3) desenvolvimento de habilidades de liderança e de negociação, que configuram junto com o trabalho cultural o campo que os autores denominam de gestão pela escuta; (4) discussão teórica geral sobre a relação entre a gestão pela escuta e o métodos racionalistas de gestão; (5) aplicação mais sistemática da prospectiva como recurso crucial dentro do cálculo estratégico; (6) possibilidades de diálogo entre o planejamento situacional e os enfoques da administração estratégica e do planejamento estratégico corporativo, favorecendo uma abordagem do contexto de mix público/privado; (7) o resgate da subjetividade no campo da gestão, em

processos de construção coletiva de projetos institucionais, a partir do conceito amplo de razão.

Os autores concluem ressaltando a interrelação destas várias linhas e manifestando sua “preocupação com o desenvolvimento de métodos/enfoques, posturas e condutas que aprofundem processos de solidariedade e geração de compromissos compartilhados num permanente aprender a aprender” (p. 365).

Já Merhy (1999) procura sintetizar, através de um ensaio, suas principais reflexões - constantes em alguns de seus artigos e livros - sobre o ato de governar estabelecimentos de saúde. O autor admite que, historicamente, no interior das práticas dos trabalhadores não tem havido grande concentração de poder para a transformação. Portanto, seria necessário, então, procurar compreender como e por onde produzir poderes, como explorar terrenos de potências (o que em Ergologia denominar-se-ia como ‘reservas de alternativas’) no campo da saúde que estão presentes na conformação tensional de seu território de ação, fazendo-se uso das distintas ferramentas gerenciais disponíveis no campo das ciências e técnicas de governo, na saúde. Aponta que os paradigmas da escola clássica de administração (que tem para ele como fonte os livros didáticos de Chiavenato) mostraram-se insuficientes diante das dificuldades no plano da eficácia operacional no terreno da saúde. Assim, nos anos 80/90 emergem novos paradigmas gerenciais na saúde e vê-se a agenda dos ‘gestores’ (expressão que consideramos equivocada, como já foi assinalado) em saúde sendo ocupada por um debate sobre os novos paradigmas gerenciais.

Em texto anterior, Merhy (1997), explorando a temática da “micropolítica do trabalho vivo” em saúde (fazendo uso de conceitos de Guattari e Marx), procura trazer à tona a possibilidade de se pensar a gestão do cotidiano em saúde, terreno onde são produzidos e cristalizados os modelos de atenção à saúde onde podem ser deflagrados os processos de mudanças que permitem instituir novos “arranjos” no modo de fabricar saúde, ao configurarem novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para modificar o sentido das ações de saúde, em direção ao campo das necessidades dos usuários finais. Quanto ao primeiro ponto dessa afirmação, restam-nos dúvidas se os “modelos” são produzidos e cristalizados a partir da gestão/conhecimento do cotidiano em saúde ou se são fabricados nos

‘gabinetes’ e impostos por quem pouco conhece (ou até mesmo desconhece) o “trabalho vivo em ato”. Contudo, podemos estar de acordo quanto ao fato de que é na gestão do cotidiano que estão presentes as reservas de alternativas, as bases para modificar o sentido das ações de saúde, mas não só em direção às necessidades dos usuários finais, como também às necessidades daqueles que trabalham no campo da saúde.

Ao reconhecer a complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, Merhy (1999) advoga a noção de que só uma conformação adequada da relação entre três tipos de tecnologias poderá produzir qualidade no sistema. A denominação que propõe para os três tipos de tecnologias presentes no processo de trabalho em saúde são:

1) as tecnologias duras – representadas pelos equipamentos tecnológicos do tipo ferramentas de trabalho, máquinas, normas, estruturas organizacionais, como as variadas ferramentas-máquinas, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário;

2) as tecnologias leve-duras – menos duras do que os aparelhos e ferramentas. São leves por que se constituem de um saber que as pessoas adquiriram e estão inscritas na sua forma de pensar e atuar sobre os casos de saúde, mas são duras enquanto um saber-fazer estruturado, bem organizado, protocolar, normalizável e normalizado;

3) as tecnologias leves – são as que dizem respeito à produção de vínculos, acolhimento, autonomização e de gestão do processo de trabalho, a um processo de relações, um encontro entre duas pessoas. Concretizam-se no trabalho vivo em ato, em relações que Merhy define como “relações intercessoras” (conceito deleuziano), isto é, relações caracterizadas pelo encontro do trabalhador de saúde com o usuário e suas necessidades, relações intersubjetivas que pressupõem momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais podem se expressar componentes tais como as práticas de acolhimento e vínculo.

As produções de atos de saúde podem ser simplesmente ‘centradas em procedimento’ e não nas necessidades de saúde dos ‘usuários’, e a finalidade

última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado, e ponto final, aliás, o que não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde no Brasil". (MERHY, 1999, p. 6, aspas do autor).

O autor procura alertar àqueles que almejam explorar as tensões-potências, constitutivas do campo da saúde e que queiram demarcar uma direcionalidade para o modelo de atenção centrada nas necessidades do usuário para que não ignorem as seguintes indicações:

- produzir o cuidado em saúde de modo centrado no usuário – que mobiliza estrategicamente o território das tecnologias leves e leve-duras – sem descartar a utilização dos processos de produção de procedimentos, mobilizador de tecnologias duras e leve-duras e, via de regra, centrada no profissional;
- produzir o cuidado em saúde, que está sempre inscrito em uma dimensão pública de jogos de interesses e representações – sem eliminar o exercício privado das produções intercessoras, base de constituição de qualquer ato de saúde. Aí se deve tomar o território particular do usuário como eixo de “publicização” dos outros;
- atuar em ambientes organizacionais, assentados em muitos grupos de interesses, pactuando o do usuário como se fosse de todos, em modos coletivos de expressão das várias intencionalidades.

A centralidade do trabalho vivo, no interior dos processos de trabalho em saúde, o define como um espaço em aberto para a exploração das potências nele inscritas. O autor aponta que a tensão entre autonomia e controle é um lugar de tensão e, portanto, de potência, constituindo-se em um problema para as intervenções que se propõem a governar a produção de certo modelo tecnoassistencial. Os campos tensionados devem ser olhados como lugares estratégicos para operar dispositivos que podem deflagrar potencializações vitais, indo em direção a novos processos de produção de saúde, desafiando os paradigmas e as ferramentas que têm municiado os gestores da saúde. Talvez possamos entender melhor o que Merhy denomina de *tecnologias* e *potências* fazendo uma aproximação conceitual com o que Schwartz denomina de *ingredientes da competência* e *reservas de alternativas*, respectivamente (ver capítulo 2).

3.1.1 - Discussão sobre o paradigma da Atenção Gerenciada (AG)

Um dos paradigmas gerenciais que vêm ocupando cada vez mais a agenda do debate entre os vários gestores e dirigentes de Serviços de Saúde, a Atenção Gerenciada (AG), é discutida por Merhy (1999), que compreende que sua análise pode revelar bastante quanto às questões referentes ao desmonte de uma ótica assistencial fundamentalmente centrada na corporação médica.

Almeida (1999) acrescenta que a atenção gerenciada (*managed care*) tem longo percurso histórico nos EUA. Originada no período entre-guerras, através de iniciativas empresariais, foi reatualizada nos anos 70, quando o governo Nixon a institucionalizou como política governamental. Entretanto, apenas nos anos 80 ocorreu seu desenvolvimento de forma mais vigorosa. Nessa época o seguro-saúde de pré-pagamento e o governo institucionalizaram os planos de *managed care* como alternativa para obtenção de maior possibilidade de controle e contenção de custos da assistência médica.

A AG consiste numa reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais.

É uma forma de administração da atenção médica voltada fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda, e pretende articular prestação e financiamento ao mesmo tempo que conter custos através de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Privilegia o atendimento básico, a “porta de entrada” através da obrigatoriedade de passagem pelo médico generalista, diminui o acesso à atenção especializada e hospitalar e controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa, basicamente centrados nos custos dos procedimentos. Sendo assim, a agenda reformadora proposta pelo *managed care* vincula-se bastante bem, pelo menos em tese, a uma série de outras agendas, tais como a ênfase na medicina preventiva, na atenção primária, no atendimento extra hospitalar, além de ser efetiva no controle de custos, exatamente por conter a demanda por procedimentos mais caros. Daí o enorme apelo que tem exercido mundialmente. (ALMEIDA, 1999, p. 271, aspas e itálicos da autora).

Para Merhy (1999), a AG, tomando como foco básico de sua intervenção o modo como o modelo médico hegemônico construiu um certo agir em saúde, procura explorar a base tensional desse modelo no cotidiano dos serviços, na busca da construção de um outro modelo de atenção, uma outra maneira de produzir o cuidado em saúde, que não seja centrada no procedimento médico e que possa

interessar aos detentores do capital financeiro na área da saúde. Desenvolve, assim, ações estratégicas com as seguintes finalidades:

- a) criar um cenário de disputa entre quatro tipos de sujeitos coletivos (os financiadores, os administradores, os prestadores e os usuários) para modificar os processos de regulação dos interesses no setor;
- b) ofertar um outro imaginário sobre o “bem social” saúde, visando outras modalidades de representação das necessidades de saúde;
- c) substituir os microprocessos decisórios médicos, centrados na clínica, por outros baseados em razões econômico-administrativas, focando a modificação do modo como os processos médicos clínicos, a partir do terreno das tecnologias leve-duras incorporam as tecnologias duras.

Sob a direção das seguradoras de saúde, principais detentoras do capital financeiro investido em saúde, a AG implementa uma série de intervenções para dar conta das perspectivas propostas:

- uma forte atuação de um setor administrativo, que controla os processos microdecisórios das práticas clínicas. Através da construção de mecanismos organizacionais, procuram controlar a autonomia da ação clínica, o que possibilitaria a junção dos objetivos de baixo custo com produção de atos de saúde;
- a produção de um “pacote de ações básicas”, que visa a impactar o modo de se consumir “atos médicos” mais caros, além de procurar controlar e manter certo nível de saúde de uma população alvo através de intervenções mais eficazes;
- a “focalização” das intervenções em grupos específicos de consumidores, associado ao mecanismo de co-participação, ou co-pagamento, pelo consumo além do padrão estabelecido;

- a busca incessante da prevenção do sinistro ‘doença’, através da exclusão de grupos de alto risco e da ação adscrita sobre grupos populacionais de riscos controláveis ou evitáveis;
- a constituição de um cenário composto por sujeitos coletivos que atuem de modos separados e com lógicas de regulações, uns sobre os outros, permitindo que a “mão invisível do mercado” atue como fator de controle da qualidade e da eficiência do sistema.

A saúde neste cenário é entendida como um bem de mercado sobre o qual cada agente econômico desenvolve um tipo de racionalidade, conforme abaixo:

a) tratar-se-ia, para o consumidor final, de uma necessidade básica, colocada em risco pelo seu próprio modo de viver a vida e que pode ser mantida com a aquisição de certo bem de serviço. O parâmetro de análise para avaliar a qualidade do que consome é a sua satisfação como consumidor;

b) para o prestador, representaria algo que lhe permite atuar como detentor de uma “tecnologia” que ele pode vender através de uma relação mercantil com os administradores;

c) para o administrador representaria a possibilidade de atuar em um mercado de compra e venda de bens;

d) para o financiador seria a possibilidade de viabilizar o acesso ao bem desejado, por sua ação como comprador inteligente e como controlador da captação financeira.

Merhy conclui que a AG desenvolve um conjunto de “tecnologias” para atuar no terreno das tensões-potências, constitutivas dos agires em saúde, conseguindo produzir, efetivamente, um novo modelo de atenção, que desloca o lugar do trabalho médico, subordinando-o a uma outra lógica e desmontando a lógica centrada nos procedimentos médicos, mas reconhece que o conjunto destas intervenções ocorre em função dos processos de obtenção do capital financeiro. Procura, então, avançar em sua reflexão em busca de outras indicações que sejam condizentes com o SUS,

considerando que a dinâmica público-privado é orgânica ao trabalho em saúde sob qualquer de suas formas e não se reduz somente à temática da lógica do mercado.

3.1.2 - Que lógica para orientar a gerência e a gestão do/no trabalho em Saúde?

SCHWARTZ (2000, 2003)⁴⁰, mais uma vez fazendo uso de um esquema tripolar (sem, no entanto, querer encaminhar um raciocínio segmentado ou dicotômico), demonstra que a questão do interesse público se situa em um espaço integrado de debates de normas em nossas sociedades mercantis e de direito. Os três pólos desse espaço são: o pólo das gestões singulares, que é aquele onde se dão as dramáticas de usos de si; o pólo dos valores dimensionados (“orientado por valores mercantis”) e o pólo dos valores sem dimensão (da *politeia*), que não se mensuram em parâmetros quantificáveis. Entre tais valores não dimensionáveis estariam, por exemplo, o bem-estar da população, seus acessos aos cuidados, o desenvolvimento da cultura, o bem-viver em um ambiente cotidiano, urbano ou rural (planetário, em suma), que seja aceitável.

A descon sideração da existência e do desenvolvimento de cada um desses pólos com sua temporalidade própria e, ao mesmo tempo, a recusa a pensá-los conjuntamente (em articulação/sinergia), negando ou ignorando a circulação e as tensões dialéticas que os unem e as diferentes lógicas que possam estar orientando-os, criam embaraços e geram toda sorte de crises no campo político, social e econômico.

Torna-se então um desafio pensar a possibilidade de ‘modelos organizacionais’, dinâmicas gerenciais, processos decisórios em saúde não aprisionados a tal ou qual lógica, mas atentos ao fato de que o exercício da atividade dos trabalhadores, em sua dimensão assistencial, ocorre em espaços próprios de gestão de seu trabalho, articulando-se com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram. Pois, é no interior do processo de trabalho em saúde que se constitui um modo operatório que intervém

⁴⁰ Essa informação pôde ser incrementada por ocasião da aula proferida por Yves Schwartz em 28 de novembro de 2007 no Master em Ergologia do Département d'Ergologie da Université de Provence, atividade da qual participava regularmente durante o período em que lá realizei o estágio doutoral.

num contexto mais amplo, modo operatório que funda a qualidade e o custo final da intervenção em saúde, pois nele está colocado o processo de captura do trabalho vivo por certos modelos tecnoassistenciais, como o da medicina centrada em procedimento. Para Merhy (1999) é exatamente nas tensões entre o cuidado centrado no procedimento ou nos usuários que está presente a potencialidade para direcionar um modelo de atenção centrado no usuário, mobilizando estrategicamente as tecnologias leves e leve-duras sem abrir mão das tecnologias duras.

A AG, na perspectiva de criar mecanismos organizacionais que controlem os processos microdecisórios (tirando certa dose de poder dos médicos e passando-o aos administradores), com suas propostas de controle de custos das ações de saúde, aposta em mecanismos administrativos centrados em uma racionalidade instrumental, embora explore potências implicadas no agir em saúde, procurando instituir novas modalidades de políticas e de construção do cuidado, não contribui para que se busque uma efetiva reforma das práticas de saúde.

Para Merhy, os serviços de saúde devem se apoiar em processos gerenciais autogestores, publicamente balizados a partir de contratos globais, centrados em resultados e na lógica dos usuários, e dirigidos colegiadamente pelo conjunto dos seus trabalhadores, articulados a uma rede de serviços de saúde, regulada pelo estado e implicados com a produção do cuidado de modo centrado no usuário.

Um modo de atenção usuário-centrado deve ser conduzido por uma caixa de ferramentas que aumente a capacidade de:

- governar arenas institucionais, atravessadas pela multiplicidade dos atores em cena;
- publicizar o exercício privado do agir, com processos organizacionais centrados nas competências (específicas, profissionais e cuidadoras) dos múltiplos trabalhadores de saúde, tendo como eixo o ordenamento a partir do mundo dos interesses dos usuários;

- produzir ganhos de autonomia dos usuários a partir de tutelas cuidadoras, com configurações tecnológicas do agir em saúde que sejam comandadas pela centralidade das tecnologias leves;
- não abandonar as lógicas administrativas que permitam a construção de um agir em saúde mais eficiente, porém não substituindo a racionalidade principal deste agir – que é a cuidadora – por uma outra econômico centrada.
- operar a gestão cotidiana de modo partilhado, por problemas, explorando o protagonismo dos trabalhadores e as suas capacidades de negociar e pactuar contratos de gestão;
- desenvolver caixas de ferramentas para os gestores do cotidiano que contenha o patrimônio já produzido para administrar processos estruturados, e que se abra para a incorporação de outros saberes.

Entendemos que a capacidade de utilizar a contento essa caixa de ferramentas poderia ser associada ao que Zarifian (2001a) denomina como competência de serviço e Schwartz (1998) de ingredientes da competência.

Retornando a Mendes (1999) pode-se verificar que este autor entende que a construção de um novo sistema de saúde implica um processo de longa maturação porque as mudanças vão incidir nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico e exigem um período de transição, durante o qual haverá superposição entre problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que devem ser resolvidos com o novo paradigma, o da produção social da saúde. Também reconhece que mesmo para se alcançar mudanças gerenciais, em um nível micro (local ou situacional) há uma grande dificuldade.

Campos (1991) – médico, destacado líder do movimento sanitário, que tem participado de governos municipais de Campinas e foi secretário-executivo do MS em parte do primeiro governo Lula –, por sua vez, sustenta que a gestão é um componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde, embora, no contexto brasileiro a gestão de serviços de saúde venha ocupando uma posição subordinada, dependente da política hegemônica em um dado período. Para o autor, a adoção de um dado padrão de gerência é um elemento essencial

tanto à manutenção de um determinado padrão de serviço, quanto à sua reforma radical. Não se deve ignorar quanto a este ponto o papel e a importância que as contradições internas ao sistema de saúde têm na sua própria transformação, assim como na manutenção e reprodução de um determinado *status quo*.

A gestão de Unidades é um meio que tanto pode consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde quanto pode transformá-lo. Diferentes técnicas, instrumentos e conteúdos de gerência serão cabíveis para se trabalhar com cada um desses objetivos.

Vale a pena ressaltar que a vigência de uma dada modalidade de gestão, voltada para viabilizar um processo de reforma, é uma condição necessária ao seu sucesso, mas não razão suficiente. Inclusive, não se tem notícia, na história contemporânea, de reformas sanitárias desencadeadas e sustentadas a partir dos quadros dirigentes do aparelho burocrático. Por outro lado, é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la (CAMPOS, 1991, p. 108).

Para Campos, a gerência é um instrumento importante para a efetivação de políticas, sendo, ao mesmo tempo, produto e produtor de um determinado contexto. Por conta disso, o processo de gestão torna-se permeável à influência dos diferentes sujeitos sociais envolvidos, de algum modo, com as diversas políticas de saúde e, assim como os “recursos humanos” (entendidos por Campos como “sujeitos sociais”), os processos de gestão são elementos estratégicos no processo de consolidação de qualquer reforma sanitária.

Não obstante, Campos assinala que as técnicas de gestão encontram-se muito pouco desenvolvidas na área da saúde. Atribui à predominância da prática médica liberal como principal forma de serviço às populações o atraso na incorporação ao campo da saúde de métodos administrativos desenvolvidos em outros ramos de produção de bens ou serviços.

Apesar da incorporação de tecnologia ao setor, o processo de trabalho em saúde conservou o que Campos denominou “um certo caráter artesanal” (p. 109). Novas especialidades conseguem conviver harmoniosamente com as antigas, não as subordinando nem as fazendo desaparecer, num processo semelhante ao que ocorre com as novas tecnologias⁴¹, conforme o exemplo dado por Mendes (1999) a

⁴¹ Considerando, também aqui, o tipo de tecnologia que Merhy (1999) considera como “tecnologia dura”.

respeito da coexistência do tomógrafo com o aparelho de raios-X, citado nesta tese no primeiro capítulo.

Retornando a Campos (1991), ele prossegue afirmando que nesses casos o que há é um processo de adição de novos procedimentos para a produção do mesmo antigo produto: diagnóstico e instituição de uma terapêutica. E o desempenho do trabalho artesanal – isto é, um trabalho solitário, que pode ser destacado dos demais e, por isso, pode ser remunerado enquanto uma unidade identificável – constitui-se em uma característica que permitiu em várias formações econômico-sociais (entre elas os EUA e o Brasil), no pós-guerra, a conciliação da prática médica liberal com grandes empresas capitalistas ou estatais de prestação de serviços de saúde, induzindo a uma combinação dinâmica entre assalariamento e adaptações da prática liberal tradicional a novas circunstâncias.

A predominância das regras de mercado na produção de bens e serviços de saúde contribui para uma tendência ao não desenvolvimento de técnicas gerenciais, tanto internamente a cada Unidade quanto em relação ao sistema como um todo.

A ausência de planejamento, de mecanismos de controle de produção ou de qualidade, a imprevisibilidade de gastos e de receitas vão configurar o que Campos denominou de “primitivismo na gestão”, onde não se percebe uma teoria de gestão específica e sim, quando muito, a simples incorporação de algumas noções da chamada Administração Científica (Taylor) ou Escola Clássica. Desenvolve-se assim, um tipo de gerência voltado exclusivamente para a reprodução do modelo assistencial existente, haja vista que trata tão-somente de assegurar os meios de operação. Como geralmente nesse contexto os administradores são leigos, eles não dispõem de conhecimentos e de autoridade técnica ou legal para opinar ou interferir no processo de trabalho. No caso das chamadas Direções Técnicas, há o problema de que muitas vezes o ocupante do cargo na prática não é mais do que um representante dos interesses corporativos, que podem ser os de sua categoria profissional e/ou de determinado grupo econômico, social ou político.

No Brasil, a tentativa de fundir o sistema público a esse modelo de gestão, cuja dinâmica decorre de normas de mercado, teve como resultado o seguinte: na

época em que havia recursos oficiais para a compra de serviços, descambou-se para a produção desnecessária e a fraude; em períodos recessivos a desassistência e até a omissão de socorro eram comumente praticadas.

Campos afirmou que não ocorreu quase nenhuma transformação significativa nos métodos e procedimentos adotados pela Administração da Saúde Pública no Brasil “até recentemente” (este seu livro foi publicado em 1991).

De acordo com a época variaram os objetivos (por exemplo, combater as epidemias urbanas ou as endemias rurais, controlar a mortalidade infantil e materna), mas sempre se trabalhando com objetivos que não abrangiam os maiores e principais problemas de saúde da população. Tal situação permitiu a montagem de um sistema de administração de serviços voltado para situações episódicas, onde a estrutura era permanente, mas os movimentos não. Nesse tipo de gestão está presente a lógica de campanha que dá aos serviços públicos características organizacionais semelhantes a dos exércitos. De acordo com Noronha e Levcovitz (1994, p. 74):

[...] esta “ideologia campanhista” sobrevive, no âmbito da burocracia sanitária, por mais de 70 anos, ultrapassando em muito a própria razão de seu surgimento. Vai ser o traço central da formação de planejadores e gestores dos serviços públicos de saúde durante décadas, tendo como principais expressões a FSESP – Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública, e a SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, estando também fortemente presente nas secretarias estaduais de saúde. O ensino da saúde pública no Brasil vai estar subordinado a essa lógica até o início da década de 70, expandindo por todo o país uma burocracia fortemente influenciada por essas idéias que, no processo de descentralização dos anos 80, ainda atuará corporativamente como forte agente de resistência (aspas dos autores).

Nos dias atuais ainda se pode observar alguns episódios e denominações dessa modalidade de intervenção em saúde pública, notadamente durante as campanhas de vacinação em massa (contra poliomielite, rubéola, etc.) e as ações voltadas para o controle de vetores, como, por exemplo, o mosquito da dengue.

Uma estratégia dentro da mesma lógica pôde ser observada quando da montagem de ‘hospitais de campanha’ e tendas de hidratação para auxiliarem na abordagem da epidemia da dengue no Rio de Janeiro, em 2007/2008, quando o controle do vetor não obteve os resultados esperados. Cabe lembrar que o recurso às Forças Armadas para auxiliarem nesses eventos, fornecendo pessoal e equipamentos, tem ocorrido freqüentemente.

Para Campos (1991), a intervenção na realidade através de dois tipos de ação: a Campanha – quando o objetivo é o aniquilamento do inimigo – e a Vigilância – quando se pretende impedir o ressurgimento e a rearticulação do adversário – faz com que o sistema tenda ao enrijecimento, criando estruturas autoritárias, hierarquizadas e emperradas e com pequena mobilidade, mesmo para desencadear campanhas⁴².

Como vimos anteriormente, desde a década de setenta o Estado brasileiro, além das ações tradicionais de Saúde Pública, passou a produzir (e gerenciar) serviços de saúde voltados para a atenção individual, tanto no nível ambulatorial quanto hospitalar. Para Campos, nestes serviços criou-se um estilo de gestão e de organização do processo de trabalho que combinou o que havia de pior em cada uma das duas formas tradicionais de administração sanitária.

Do modelo liberal-privado os hospitais públicos absorveram a autonomia do corpo clínico, embora sem o estímulo da remuneração por cliente atendido, característico do serviço privado. A falta de controle sobre o trabalho médico resultou, via de regra, em baixa produtividade e pequena resolutividade.

Da organização sanitária tradicional, herdou-se o modelo dito ‘clássico’ de administração, criando-se estruturas pesadas, com alta centralização de poder, resistentes à mudança e de difícil ajustamento a novas situações. Este estilo de gestão não obteve êxito em disciplinar o trabalho dos diversos profissionais nas instituições públicas, apesar de algumas pretensas tentativas de taylorização do processo de trabalho, através da montagem de linhas de produção e da divisão do trabalho entre profissionais de diferentes formações e treinamentos, alguns executando ações simples e repetidas enquanto os médicos executariam o trabalho intelectual. Não nos parece que essa divisão do trabalho simplificada – não se trata de taylorismo – tenha sido superada. A ‘ideologia’ de que há uma prerrogativa do médico de pensar o que é melhor para os demais executarem e de que a palavra final cabe ao médico, ainda persiste e é fortemente presente. Poderemos verificar

⁴² Atualmente, a sensação para muitos trabalhadores da Saúde é de que o inimigo não é apenas a doença ou seu agente etiológico, mas o próprio doente, o usuário do sistema, percebido como o agente agressor, violento, de quem não se deve aceitar desaforo, contra quem se deve lutar. Outro modo frequente de se lidar com a situação dá-se através das condutas de fuga, buscando-se proteção e abrigo em trincheiras físicas ou psicológicas, conforme visto no capítulo 1, p. 53-54.

exemplos disso em relatos de profissionais de saúde, quando apresentarmos a pesquisa de campo.

Campos lembra ainda que nem mesmo a questão da jornada de trabalho foi equacionada. Independente do padrão salarial, em quase todo o Brasil grande parte dos profissionais de saúde nem têm uma produtividade e qualidade adequadas (ao menos aparentemente, pois não temos avaliação confiável) nem cumprem, como os demais assalariados, um determinado horário acordado de prestação de serviços. Agreguemos que também os salários e demais condições de trabalho são em regra absolutamente em descompasso com a qualificação e as exigências societárias contemporâneas. O que vai criando uma bola de neve degradante.

Aqueles que têm atuado na área de Saúde Pública no Brasil, seja como profissional, seja como pesquisador, podem verificar que tem imperado o que em épocas passadas se chamou de “pacto da mediocridade”, caracterizado pela farsa em que uns fingem que pagam (um salário compatível), enquanto outros fingem que trabalham (cumprindo integralmente com seus compromissos), o que tem sido extremamente pernicioso para toda a sociedade, especialmente para os usuários compulsórios dos serviços públicos (aqueles cujos salários não permitem comprar ‘planos de saúde’ privados de qualidade).

No entender de Campos há um marcado processo de “alienação” dos profissionais do setor público de saúde em relação a seu processo de trabalho e uma normalização excessiva dos serviços de Saúde Pública. Considerando a complexidade do que está em jogo, o conceito de alienação nos parece insuficiente para encaminhar de modo profícuo a análise. Não pretendemos explorar aqui este conceito, dados os limites desta tese. Encontra-se ele explorado em diversos textos e livros como, por exemplo, os *Manuscritos econômicos e filosóficos* de Marx (1978) e também em Bottomore (2001), Barembliitt (1998) e Dejours (1992).

Voltando a Campos, ele ressalta ainda que há uma definição muito precisa das atribuições de cada nível da hierarquia da rede ou de cada profissional, o que culmina com a cristalização de um padrão de produtividade e de desempenho muito aquém do necessário ou do socialmente esperado. Estes elementos têm tido repercussões nas áreas administrativas e gerenciais, comprometendo o

desempenho dos serviços de saúde. A sua superação é um dos principais desafios contemporâneos.

Sabemos que as profissões da área de saúde têm protocolos específicos (alguns bastante incisivos) que orientam as condutas a seguir em cada caso. Isso ocorre na Enfermagem, por exemplo, conforme o demonstrou MUNIZ (2000) em sua tese de doutoramento, onde acentua que na literatura sobre a profissão de enfermeira *o uso de si por outros* (SCHWARTZ, 2004) é bastante evidenciado e que na história da Enfermagem encontramos a construção de forte heterodeterminação no sentido de como essas mulheres (em sua maioria) devem trabalhar.

Contudo, como profissionais de saúde e pesquisadores (em alguns ambientes de trabalho e para algumas atividades específicas) temos nos deparado também, além dessa rígida heterodeterminação, com uma ausência de normas (e com o sempre presente “vazio de normas”⁴³, conforme Schwartz, 2003) – falta de protocolos de atendimento, ausência de regras de conduta e de normas escritas, mudanças de procedimentos a cada nova Direção, etc. Tal situação, nesses casos, se sobrepunha àquelas situações de normalização excessiva e atribuições rígidas do papel de cada profissional.

Talvez possamos encontrar essa normalização e controle no que se refere à limitada autonomia do profissional para solicitar exames (especialmente os de alto custo) e as regras burocráticas que atrasam ou emperram a tomada de decisões e provimento de recursos. Não se tem visto com muita frequência esse controle e normalização voltados para o acompanhamento da ‘qualidade’ e da resolutividade do atendimento prestado, tampouco para a garantia das normas de segurança e das condições de trabalho. É certo que essa avaliação se baseia na análise de determinados ambientes com que temos nos deparado ao longo de situações de pesquisa e de experiências profissionais específicas. Contudo, se por um lado não nos permitimos deduzir generalidades, por outro lado, podemos supor que tal situação ocorra em diversos outros locais.

⁴³ “*Trous des normes*”, em francês, no original. Trata-se do ponto onde as normas antecedentes são insuficientes, exigindo, portanto, uma gestão singular, visto que no desempenho de qualquer atividade não há somente execução.

Avançando em sua reflexão, Campos procura estabelecer algumas diretrizes para uma gestão que contribua para consolidar e impulsionar iniciativas reformistas do sistema de saúde. Para ele é necessário mais do que adaptar ao campo procedimentos modernos de “organização e métodos”. Para que a “gestão” tenha um papel estratégico, ela deve necessariamente cuidar daquelas características consideradas negativas aos objetivos do SUS e que não lhe escapem à capacidade de influência. No caso brasileiro, um dos temas relevantes referir-se-ia à “privatização da coisa pública”, um padrão de gestão das empresas públicas que sempre coloca o interesse privado – de empresas, de grupos políticos, de corporações profissionais – acima do interesse coletivo.

Quanto a este ponto são identificadas duas correntes. A daqueles filiados a alguma concepção dita ‘neoliberal’, que enfatizam que há um emperramento da empresa pública e sugerem como saída o aprofundamento da privatização médico-hospitalar. Neste caso propõem que o governo continue a investir na saúde pública, mas que a gestão das Unidades (e a distribuição dos dividendos auferidos) seja atribuição privada. Aquelas atividades que não interessariam ao mercado continuariam exclusivamente sob responsabilidade do Estado.

Em oposição a essa corrente, aqueles de ideologia dita ‘socialista’ vêm na privatização o determinante maior da crise sanitária brasileira. No entanto, para o autor, em geral esses ideólogos têm defendido o Sistema Público sem senso crítico e sem apontar soluções gerenciais eficazes contra a burocracia e o caráter regressivo da ação estatal.

É com a intenção de contribuir para a superação dos limites desta segunda vertente que Campos apresenta para discussão algumas diretrizes gerais para a “Reforma Administrativa e dos Padrões de Gestão do SUS”.

Sua idéia básica seria a radicalização do processo de descentralização, prolongando-a até cada Unidade de Saúde e mesmo até cada equipe multiprofissional. Esta proposta prevê a superação dos tradicionais Programas de Atenção à Saúde, que definem previamente condutas definidas e até mesmo a organização do processo de trabalho. Na concepção do autor, o Planejamento deveria definir objetivos estratégicos e os modos para alcançá-los, e cada equipe

local teria autonomia para se organizar da forma que julgasse conveniente, respeitando-se os limites gerais da política de saúde vigente. Neste caso, o controle e a avaliação basear-se-iam na avaliação do desempenho de cada equipe segundo os critérios e metas previamente definidos no Planejamento. Neste tipo de proposta caberia, para Campos, uma discussão sobre a adoção de incentivos materiais conforme o desempenho das equipes. Esses incentivos poderiam ser concedidos em forma de ganhos monetários definidos a partir dos resultados obtidos por cada equipe, assim como através de progressão dentro das carreiras ou ainda de outros tipos de incentivos.

Outra diretriz proposta pelo autor refere-se ao necessário rompimento com o corporativismo profissional e com o fracionamento das atividades desenvolvidas pelos vários trabalhadores, o que requer uma verdadeira reorganização do processo de trabalho, rompendo com a estrutura vertical dos serviços de saúde, onde as várias corporações mantêm linhas diretas de relação apenas com seus pares. No lugar das 'Divisões' (Médicas, de Enfermagem, Odontológica, etc.) criar-se-iam grupos com objetivos de trabalho claramente identificáveis e que reúnam todas as profissões necessárias ao desempenho da tarefa e das metas definidas, sob um mesmo comando e com autonomia para definirem coletivamente a organização de seu próprio processo de trabalho e proporem metas e objetivos a serem negociados com outras instâncias.

Finalmente, a terceira diretriz proposta trata da democratização dos instrumentos de gerências de empresas públicas, considerada pelo autor como o único remédio capaz de atenuar, ou mesmo até de controlar, a utilização privada da coisa pública. Campos denuncia o imobilismo atrás de fórmulas genéricas e demagógicas sem aplicabilidade imediata, como a tradicional declaração a favor da 'participação comunitária'. Para ele é inadiável a institucionalização de mecanismos permanentes que assegurem a gestão coletiva dos serviços de saúde. Apregoa que cada Unidade de Saúde deva contar com um Conselho Local de Gestão e que os diretores dos diversos serviços de saúde sejam selecionados através de concursos, bem como avaliados e substituídos ao cabo de um período de no mínimo dois anos.

Em um trabalho mais recente, Campos (2000) propõe um novo "método" – denominado Método da Roda – como contribuição à área de Planejamento em

Saúde. Seu método é a resultante de uma confrontação triangular entre um corpo de teorias (composto por referenciais de Gramsci, do Planejamento Estratégico às avaliações de desempenho e materiais acumulados pelos movimentos de Psicoterapia e Análise Institucional, reelaborando-os), informações empíricas observadas no Sistema Único de Saúde fruto de sua experiência, enfim, de conhecimentos do próprio pesquisador (com larga experiência em Políticas e Gestão em serviços de Saúde no Brasil). Campos denominou o seu método de Método da Roda influenciado pela suas leituras e observações a respeito de uma técnica pedagógica do construtivismo sócio-histórico, o hábito da 'roda', mas também por querer ressaltar a potencialidade humana presente nas rodas de samba, nas brincadeiras de roda, na roda do candomblé.

O autor propôs-se o desafio de construir um método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e de pessoas, repensando o significado e o modo como se organiza o trabalho. Tal método implicaria entender o trabalho com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do "Sujeito" e dos "Coletivos". Uma das idéias presentes é de que a gestão é uma tarefa coletiva (co-gestão) e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas.

3.1.3 – Taylorismo, anti-taylorismo ou a-taylorismo?

Campos enfatiza que o "caráter anti-taylor" (caberia aqui uma crítica à compreensão do taylorismo presente no autor) seria o primeiro eixo de conformação do método. Há "centralmente uma crítica ao taylorismo, considerado fundador da racionalidade gerencial hegemônica durante o século XX" (p. 17). Justifica que toma como referência crítica o livro de Taylor, *Princípios de Administração Científica*, por que se trata de uma obra clássica do pensamento administrativo e fundadora de um estilo de governar, que, em seus princípios gerais, ainda não foi superada, tendo em vista que a disciplina e o controle continuam a ser o eixo dos métodos de gestão. Além disso, Campos entende que "a marca central da Organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo" (p. 23).

Procurando desviar de uma linha de procedimento administrativo que procura técnicas úteis para produzir dominação e consenso, o Método da Roda de Campos aposta na possibilidade de se instituírem sistemas de co-gestão que produzam tanto compromisso e solidariedade com o interesse público, quanto capacidade reflexiva e autonomia dos agentes da produção.

Campos levanta uma questão:

Como a Racionalidade Gerencial Hegemônica (taylorismo e variantes) conseguiu, na prática, durante quase cem anos, reduzir, particularmente dentro do espaço das Organizações, a maioria de trabalhadores à condição de recurso manipulável conforme o interesse superior? (CAMPOS, 2000, p. 32).

Sem negar a respeitabilidade do estudo de Campos, esta indagação nos parece suficiente para marcar uma diferença de posicionamento entre a sua visão e a visão contida nesta tese. Apesar da afirmação acima de que a Racionalidade Gerencial Hegemônica reduziu a maioria de trabalhadores à condição de “recurso manipulável”, Campos apregoa que existe uma tradição anti-taylor, já que as pessoas têm escapado ao domínio dessa Racionalidade, de modos de dominação e de controle. “De mil maneiras, entre milhões de brechas, falhas e imprevistos, a liberdade tem escorrido” (p. 143).

No entanto, temos insistido na tese que é um equívoco ver os trabalhadores como seres totalmente manipuláveis ou controláveis, mesmo sob o taylorismo. Entendemos que mais profícuo do que assumir uma postura “anti-taylor”, procurando saídas nas brechas, seria melhor não promovê-la direta ou indiretamente e aproximarmo-nos mais daquela atitude proposta por Zarifian (2001a), uma postura a-taylorista, não *anti*, mas distinta, algo que se apresenta como diferente e não perde tempo em marcar reatividade e sim faz questão de entrar no debate com asserções propositivas, portadoras de propostas, capazes de animar uma nova lógica, que é o que nos falta.

Em um estudo bastante bem sistematizado, Botazzo (1999) elege a Unidade Básica de Saúde (UBS) como objeto de sua reflexão e afirma que:

Seja tomada como “eixo” da organização sanitária (Paula Souza, 1944) seja como lugar de atenção primária (Alma-Ata, 1978) seja como porta de entrada do Sistema Único, a Unidade Básica lá está, existente, concreta, pronta, dada, à espera de que novas diretrizes – quaisquer novas diretrizes – a impulsionem na direção do seu trabalho, não necessitando maiores investimentos que o de ser bem gerenciada

(em consonância com os arranjos do poder local) ou que o de ser merecedora de cursos de treinamento e “sensibilização”. Num certo sentido essas mesmas coisas podem ser afirmadas com relação ao hospital [...] (BOTAZZO, 1999, p. 21, aspas e parênteses do autor).

Adiante (p. 47) ele acrescenta que, como não se pode conceber que todos os funcionários da saúde sejam trocados por outros, a fim de operacionalizar uma gestão mais conveniente para quem traça a política de saúde local, utiliza-se do artifício de trocar o gerente apenas. E podemos aqui traçar um paralelo com o que se faz com um time de futebol que vai ‘mal das pernas’, como se diz. Troca-se o técnico apenas. Com isso, ao menos momentaneamente, se ganha tempo, elege-se um responsável pelo insucesso, e acalmam-se os descontentes. Essa situação ocorreu em diversos clubes de futebol e em alguns hospitais estaduais do Rio de Janeiro (como o Getúlio Vargas e o Rocha Faria) no final do ano de 2008, quando houve a troca de diversos técnicos de futebol de clubes cariocas e a substituição de diretores dos referidos hospitais.

Diante de tal quadro, seria utópico demais pensar na realização de um processo seletivo público para escolha dos dirigentes máximos das Unidades de Saúde ou, pelo menos, daquelas de grande porte, estratégicas ou de maior complexidade? Não desconsiderando que, segundo a Constituição Federal, trata-se de cargos em comissão declarados em lei de livre nomeação e exoneração, se pensarmos em dois critérios possíveis para a ocupação desses cargos, a indicação política e a eleição, veremos logo que há defensores e antagonistas de ambos os lados.

Aqueles que são contrários à indicação política alegam que ela traz em seu bojo o risco da nomeação de um dirigente despreparado tecnicamente, sem conhecimentos suficientes a respeito do funcionamento do SUS, sem experiência administrativa, além de ficar atrelado e limitado em suas ações por aquele que o indicou, estando sob permanente vigilância deste para ‘rezar pela sua cartilha’.

Os que recusam a idéia de uma eleição para ocupação do cargo insistem que tais cargos são considerados de livre nomeação e exoneração e, portanto, devem ser ocupados por pessoas ‘de confiança’ daqueles que têm o poder de nomear. Um outro problema apontado seria a influência do corporativismo profissional, que pode pesar no sentido de eleger alguém vinculado a determinada categoria,

possivelmente a mais numerosa ou com maior poder de influência. A força de um determinado segmento (usuários, governantes ou trabalhadores) poderia ser um outro fator de peso que poderia tornar a competição desigual. Consideram que mesmo que sejam definidos critérios e exigências para que alguém possa concorrer ao cargo, não haveria a garantia de que uma Direção eleita por tal ou qual grupo majoritário não seja tendenciosa ou tenha intenção duvidosa em seus posicionamentos.

Então, por que não um processo seletivo público? Guardadas as devidas diferenças, poderíamos pensar em algo no padrão do que é realizado para acesso aos cursos de mestrado ou doutorado. Uma prova escrita avaliaria os conhecimentos teóricos do candidato acerca do Sistema Único de Saúde e sobre noções básicas de administração (e outros conhecimentos julgados necessários). Uma prova de títulos avaliaria o percurso profissional e acadêmico do candidato e sua consonância com o cargo pretendido. Por fim, uma entrevista e/ou prova prática, acompanhada por uma comissão *ad hoc* (composta por membros dos três segmentos, oriundos dos Conselhos de Saúde), com base nos resultados apresentados pelos candidatos classificados, concluiria o processo, definindo, por ordem de classificação, aquele mais adequado a ocupar o cargo. Após a aprovação e ingresso, esse dirigente deverá ser submetido a avaliações periódicas, cujos critérios e avaliadores precisarão ser definidos com cautela, mas que teriam de se referenciar, entre outras pelo desempenho da Unidade em termos de resolutividade, de metas qualitativas de cobertura, de integralidade das ações, do tempo médio de permanência em internações, de atendimento de intercorrências individuais e da adoção de medidas de prevenção.

Seria coerente que alguém julgado capacitado após passar por esse processo seletivo recebesse uma remuneração compatível com o grau de responsabilidade assumido, considerando, como disse, a importância e a complexidade da Unidade em que desempenhará suas atividades. Reconheço que essa proposta é passível de críticas e, portanto, fica aqui lançada para discussão. Para alimentar o debate, caberia retomar Campos (1991). Ele relata que nos anos setenta foi possível assistir, em alguns estados, ao florescimento de experiências avançadas de direção técnico-administrativa de Unidades ou até de redes regionais

ou estaduais de saúde, calcadas na competência profissional, na descentralização de decisões e no planejamento de ações médico-sanitárias. Tudo isto ocorrendo no seio de um Estado autoritário que tinha no clientelismo um de seus modos importantes de prática política.

No Estado de São Paulo, esta política implantou-se de forma marcante, chegando mesmo a acontecer alterações na máquina administrativa da Secretaria de Estado da Saúde que podem ser consideradas inusitadas para os padrões brasileiros. A principal novidade, entre os paulistas, foi que se delegou aos médicos sanitaristas poder administrativo e gerencial para além de suas tradicionais funções técnicas. Ou seja, com intuito de superar o emperramento e a inoperância dos Centros de Saúde e da estrutura responsável pela Saúde Pública, o governo estadual consentiu em abdicar da indicação dos chefes e dos coordenadores dessas unidades, passando o provimento destes cargos a depender de critérios técnicos, de concurso e de escolha pública (CAMPOS, 1991, p. 92).

O autor ressalta, no entanto, que os serviços que passaram a ser dirigidos segundo normas consideradas “modernas” e “racionais” do ponto de vista técnico e não de acordo com o fisiologismo, constituíam uma pequena fração do Sistema de Saúde. Produziam não mais do que 4% dos serviços de saúde e recebiam parcelas de no máximo 4% dos orçamentos públicos, o que impossibilitou que representassem uma alteração do padrão hegemônico de produção de serviços de saúde.

Já nos anos oitenta verificou-se que a dinâmica do movimento social colocou novas formas para a escolha de dirigentes e para a gerência de serviços de saúde, que nem eram fundadas no tradicional fisiologismo nem se prendiam, exclusivamente a critérios técnicos. Estas experiências poderiam ter contribuído para ampliar o processo de democratização dos mecanismos de direção das Unidades de Saúde, já que eram resultantes dos movimentos de trabalhadores de saúde e de setores de forças populares, ao contrário das experiências anteriores, voltadas quase que exclusivamente para os aspectos de cunho mais técnico e administrativo e com forte conteúdo corporativo. No entanto, a seu ver, o Movimento Sanitarista (do qual foi liderança de uma de suas correntes, desde o movimento dos residentes), ao longo da década de oitenta, não soube, ou não quis tentar uma síntese entre essas duas linhas de democratização da gestão dos serviços de saúde. Apenas em algumas situações isoladas buscou-se institucionalizar os Conselhos de Gestão. Além disso, não se apostou na oficialização dos processos

eleitorais de escolha, que, a partir de 1982, passaram a acontecer em alguns hospitais ou em serviços com grande número de servidores.

Mesmo admitindo que tais processos não seriam facilmente incorporados pelas autoridades dos governos (como de fato não o foram), Campos critica a postura do Movimento Sanitário por sequer ter tentado instituir legalmente esse processo, continuando a falar de democratização sob sua ótica particular, a da preservação de carreiras e de defesa de interesses imediatos, sem conseguir incorporar as experiências democráticas que o movimento médico, dos profissionais de saúde e mesmo o popular, vinha criando.

Campos defende, para a direção de hospitais, centros de saúde e clínicas, a combinação de exigências técnicas (determinado perfil profissional ou determinada experiência em serviço, ou até mesmo a aprovação em processo de seleção interna, como pré-requisito à ocupação de cargos) aliadas a critérios políticos, como o de representatividade junto aos profissionais do setor, ao governo, etc. Ressalta ainda a importância fundamental do estabelecimento de mecanismos que permitam o acompanhamento e a avaliação permanente destes dirigentes tanto pelas instâncias de governo como pelos funcionários de uma unidade, bem como pelos Conselhos Comunitários e Populares.

3.1.4 - A questão da avaliação

Uma outra problemática, bastante controversa, refere-se à avaliação dos Serviços de Saúde. Akerman e Nadanovsky (1992) propõem um instrumental para avaliar a sua qualidade (ou sucesso). Apontam que há uma dificuldade em se formular qual seria a função dos serviços de saúde, tendo em vista que, se por um lado, há os que superdimensionam o papel destes serviços – atribuindo-lhes funções diversas que podem ir desde a distribuição de alimentos (cestas básicas, etc.) até a conscientização política dos usuários – por outro lado, há os que optam por limitar este papel ao mero tratamento de doenças. Estes últimos teriam como parâmetro de sucesso a cura de doenças, enquanto os primeiros optariam por indicadores mais globais (como qualidade de vida, por exemplo) para avaliar as suas práticas.

Assim, os autores propõem uma interpretação da atuação em saúde que, pretendem, possa superar os dois pólos anteriores. Entendem a atuação em saúde como sendo composta por duas vertentes que se diferenciam nitidamente. Uma que põe ênfase no fato de que a saúde das populações e das pessoas é fortemente determinada pelas relações sociais e econômicas. Amparados na literatura especializada que dá suporte a esta compreensão reafirmam que em muitas situações a diminuição da mortalidade decorrente de doenças infeccto-contagiosas, a partir do século XX, foi, fundamentalmente, fruto da melhoria das condições de habitação e alimentação, independente de qualquer medida médica efetiva. Em alguns casos, por exemplo, o recente declínio da mortalidade decorrente de doenças crônicas nos EUA, também não pode ter sido, primordialmente, resultado das ações médicas.

A outra vertente, que desde meados do século XX vem sendo disseminada, propaga a idéia de que a saúde é fortemente determinada pela ação da “Medicina Moderna”. A popularidade desta idéia conta com poderosos difusores, o *marketing* da indústria de insumos e tecnologia médica, a corporação médica e, sem dúvida, a algumas ações médicas que são eficazes e genuinamente desejadas. Seguem os autores:

O fato de que o processo saúde-doença estaria determinado pelas relações sociais e econômicas e que a “Medicina Moderna” não estaria equipada para atuar nessa esfera não impedem que, ainda assim, haja responsabilidade social, por parte do serviço de saúde, em se equipar apropriadamente para passar a atuar, de forma sistemática, nas decisões e implementações de políticas sociais e econômicas e, ao mesmo tempo, oferecer atenção médica especializada (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992, p. 362, aspas dos autores).

Aceitando as evidências de que a melhoria da qualidade de vida das populações e a redução da mortalidade de várias doenças não estariam relacionadas primordialmente à operacionalização dos “serviços diretos de atendimento”, os autores admitem o restrito impacto social desses serviços, mas reconhecem que, tanto nos países de capitalismo central quanto em países periféricos, eles apresentam algumas características que lhes conferem papel de relevância no seio de suas respectivas sociedades. Pode-se verificar em sua operação um importante contingente de profissionais e um significativo aparato tecnológico. Observa-se também que há um substantivo dispêndio financeiro em

alguns países e constantes clamores pelo incremento dos investimentos em outros. Além disso, é inegável a disponibilidade de uma gama considerável de tratamentos médicos e paramédicos que possuem relativa efetividade, são legitimamente reivindicados pela população e, via de regra, fazem parte da plataforma eleitoral de muitos candidatos.

Então, mesmo que esses serviços tenham um papel limitado, eles possuem atributos sociais, políticos e econômicos que os qualificam a serem submetidos a um processo avaliativo. Sendo assim, perguntam os autores: “o que a sociedade deve avaliar no seu **Serviço Direto de Atendimento?**” (AKERMAN; NADANOVSKY, p. 362, grifos dos autores). Quais seriam as tarefas dos serviços diretos de atendimento e sob quais aspectos de qualidade devem ser avaliados?

Partindo da premissa de que o principal objetivo das unidades de atendimento direto seria oferecer serviços de saúde da melhor qualidade possível os autores compreendem que esses serviços podem abarcar uma gama de tarefas, desde aquelas tradicionalmente relacionadas à “cura” (medicina tradicional) como também aquelas mais relacionados ao “cuidado”, como tranquilizar, aliviar, confortar (a arte do cuidado). Daí apontam que caberia também discutir as dimensões do atributo *qualidade*, já que este termo estaria relacionado a um amplo espectro de características, tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. Assim, seria necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem seria o beneficiário desta qualidade.

Exemplificam demonstrando que, em torno de determinada questão de saúde, diversos interesses podem se colocar, cada um com sua legitimidade, associado a uma forma de ver o mundo e do lugar social que cada ator interessado ocupa, podendo esse ator, por exemplo, ser um planejador, um administrador, um profissional de saúde ou um usuário.

Uma fórmula ideal poderia ser a conjugação dos diversos interesses na direção de um projeto de avaliação holística, o que possibilitaria uma visão global do atributo “qualidade”. No entanto, muitas vezes estes interesses podem ser irreconciliáveis⁴⁴.

⁴⁴ Ibid., p. 363 (aspas dos autores).

E quanto aos indicadores de qualidade? Que critérios poderiam ser utilizados para sua escolha? Os autores preferem rejeitar o uso de indicadores de mortalidade e qualidade de vida como medidas de sucesso na operação desses serviços de atendimento direto alegando o seu (já referido) impacto reduzido sobre a vida e a saúde das populações. “Entretanto, avaliar resultados (*outcome*) obtidos pelos serviços, ao invés de avaliar como eles operam (*process*), seria ainda o nosso principal intento” (AKERMAN; NADANOVSKY, p. 363).

Outro critério parte do pressuposto de que não se pode ter um serviço de alta qualidade sem que o usuário, destinatário desse serviço, esteja satisfeito. Assim, ao se definir indicadores de qualidade deve-se necessariamente passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos usuários com os serviços.

Concluindo, os autores enfatizam que ao se desencadear um processo de avaliação de um serviço direto de atendimento, seus objetivos devem ser escolhidos e explicitados, estando, portanto, associada a estas escolhas, a estratégia de avaliação. Segundo os autores, já que há uma tendência tradicional em se concentrar na avaliação da qualidade da cura, é necessário que se amplie, de forma sistemática e quantificável a avaliação na direção de outros atributos do cuidado. Assim desenvolvida, a avaliação não seria um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado, e a partir daí desencadear-se-ia um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada.

Como vemos, planejamento, gestão, gerenciamento, avaliação são alguns dos ingredientes a ferver no caldeirão que revolvemos com esta tese.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Uma vez explicitado o patrimônio gerado pela comunidade científica do qual nos valem para o empreendimento da pesquisa de tese, resta a ele correlacionar os diferentes métodos e técnicas de investigação (diretos e indiretos) considerados (pelo grupo de pesquisas que integro – Actividade) mais pertinentes para permitir compreender-transformar não só as normas antecedentes e prescrições, como também o ‘trabalho real’ (Ergonomia), o ‘real do trabalho’ (PDT) e o ‘real da atividade’ (Clínica da Atividade) dos profissionais da Unidade de Saúde onde as questões em análise foram investigadas, assim como às suas inter-relações com os usuários e suas demandas respectivas, com vistas a compreender o “desenrolar”⁴⁵ da atividade de trabalho e, nesse mesmo movimento, suscitar sua transformação (ou o contrário, transformar-compreendendo).

Athayde (2005)⁴⁶ tem preferido empregar a expressão ‘compreender-transformar’ (quicá criando o neologismo compreendertransformar, quicá o conceito de *análise* pudesse contemplar esse duplo movimento), a fim de indicar que as duas ações são interdependentes e ocorrem simultaneamente, uma deflagrando a outra e vice-versa, tratando-se mesmo de um único processo. Em seu entendimento a clássica deriva “compreender para transformar” – presente em uma linhagem materialista que passa por Marx (como em *Teses sobre Feuerbach*) – não remete necessariamente a um etapismo (primeiro compreender, depois...), mas dá margem a tal entendimento aos que lêem sem atenção concentrada ou rigor (ou, como Clot, que em seu entendimento privilegia demarcar uma fronteira com a Ergonomia para afirmar um território diferenciado que seria da Clínica da Atividade). Ao invés do *para* poder-se-ia empregar o *e*, fazendo um desvio da causalidade simples e apontando para a complexidade aí presente. Athayde chama também atenção para uma possível tautologia presente quando se fala em transformar *positivamente*, pois o vocábulo *transformar* pode já estar atravessado por uma potência conceitual que remete à afirmação da vida, sempre revolucionária, mesmo que ‘no ínfimo’, no

⁴⁵ O termo “desenrolar” é aqui utilizado em um de seus sentidos literais, qual seja, o de *desenvolver*, e também no sentido figurativo, uma gíria que significa algo como *se desenrolar de algo complicado, safar-se, dar conta de algo, sair de um “rolo” (problema)*, e para isso é preciso “estar na atividade”, outra expressão comumente utilizada em alguns mundos do trabalho (cf. MUNIZ, 1993).

⁴⁶ Comunicação pessoal.

infinitesimal. Neste caso o conceito de *mudança* designaria alterações estritamente regulatórias.

Uma vez definido o campo de análise em relação à problemática investigada e o referencial teórico que norteia a tese procedeu-se ao (à):

- a) Pesquisa bibliográfica – iniciando com o levantamento do material bibliográfico pertinente (em livros, revistas acadêmicas, relatórios de pesquisa, teses e dissertações), registrando-o, concluindo com sua análise;
- b) pesquisa documental – a partir do levantamento de documentos oficiais do SUS, base de dados do SUS e IBGE constantes na rede mundial de computadores, seguido de levantamento epidemiológico, registros de atendimentos, queixas, elogios, etc., no que tange à Unidade de Saúde onde se realizou a pesquisa);
- c) pesquisa teórico-metodológico-técnica: buscando identificar no patrimônio da comunidade científica, via bibliografia pesquisada e contatos com outros pesquisadores (como no estágio doutoral na França), quais os conceitos mais pertinentes para conduzir a investigação (os quais definiram o eixo de análise), assim como os métodos e técnicas que lhes são mais pertinentes;
- d) pesquisa de campo (vinculada às outras ações anteriormente citadas) – oportunidade em que no próprio curso da ação de gestão como diretor, foi acionada uma escuta clínica, acompanhada de observações diretas, efetuando registros (apontamentos, gravações em áudio e vídeo, fotografias), realização de entrevistas dialógicas diádicas e coletivas (o que Athayde vem denominando *conversas sobre o trabalho*) com profissionais e usuários e os “Encontros sobre o Trabalho”.

Como vimos, a vida, a experiência e a atividade de trabalho se caracterizam por sua complexidade e por seu caráter enigmático. Sabemos da permanente defasagem entre o trabalho prescrito e o realizado, das dificuldades dos trabalhadores para ‘falarem’ sobre sua própria atividade, em princípio restringindo-se ao prescrito (inclusive pela ação de sistemas defensivos). Por tal motivo Athayde

(2009)⁴⁷ indaga: “como ter acesso à inteligência e sabedoria da prática, aos conhecimentos incorporados e desenvolvidos se estes são, muitas vezes, desconhecidos no plano da consciência pelo próprio trabalhador e quase nunca são verbalizados em uma entrevista clássica?”. Em outras palavras, Teiger (1993) interroga sobre quais métodos permitem a expressão individual e coletiva destes conhecimentos, para pôr em palavras “o que não se sabe” ou “o que se sabe sem nunca haver podido dizer”.

Para sermos coerentes com a perspectiva que assumimos, aquela que tem o ponto de vista da atividade como operador transversal, a discussão metodológica deve contemplar abordagens, métodos, técnicas que possam dar conta do *trabalhar*, da atividade de trabalho, entendendo-a como algo que está em permanente movimento, com desenvolvimentos e impedimentos. Justifica-se, portanto, o recurso também a métodos indiretos de pesquisa, que apreendam a atividade de trabalho em sua dinâmica processual, com vistas ao desenvolvimento da capacidade de compreender-transformar através de uma relação dialógica entre os trabalhadores e destes com os pesquisadores profissionais (em meu caso, um híbrido de profissional de saúde em situação de chefia e pesquisador profissional).

Ainda com Athayde (2009) verificamos que a transação languageira é o centro organizador/formador da atividade ‘mental’ e que é essa expressão que modela/determina sua orientação. Assim sendo, o conhecimento acerca do humano só pode ser dialógico. “O corpo (humano) não é mudo, mas languageiro”. Assinala ainda, com base no pensador russo Mikhail Bakhtin, que não há enunciado isolado, pois todo enunciado é um elo de uma cadeia discursiva. E todo discurso já é um diálogo, não existe o primeiro discurso, pois toda enunciação/discurso faz parte de um processo de comunicação ininterrupto.

França (2002) assinala que o conceito de *dialogismo*, desenvolvido por Bakhtin, revela que toda palavra pressupõe uma contra-palavra orientada para o discurso do outro.

Assim, para Athayde, quanto ao *trabalhar*, é preciso levar em conta a linguagem para compreender o que aí se dá. Decorre daí um duplo encaminhamento: 1) dar à linguagem uma dimensão de ação, considerá-la uma

⁴⁷ Apontamentos de orientação com Milton Athayde em janeiro de 2009.

atividade (linguageira) na atividade (de trabalho); 2) considerar que pelas falas se manifesta um fazer material (atividade de uma secretária ao telefone, por exemplo).

Os *comentários* dos trabalhadores (DEJOURS, 1992) sobre seu próprio trabalho, no interior de uma cadeia dialógica pode representar o principal material de análise, já que fornecem uma via de acesso privilegiada ao conhecimento de sua atividade, conforme verificamos com os materiais produzidos no Encontros sobre o Trabalho, os quais procuramos explorar analiticamente, considerando o que se produziu nesses Encontros entre os pesquisadores profissionais e os trabalhadores. Acrescemos a isso as observações e apontamentos que fizemos ao longo da estada em campo e das *visitas* que realizamos e obtivemos um farto e riquíssimo material para desenvolver esta tese.

Borges (2006) reconhece que os métodos interferem nos resultados de uma pesquisa, no entanto, assinala que essa interferência não deve ser analisada como um “defeito” do método, mas sim como uma forma de *provocar* o movimento, tornando-se positiva quando conhecida e utilizada para ajudar o movimento a acontecer e/ou fluir e para ser analisada como mais um material de pesquisa. Assim, os métodos e técnicas eleitos para o desenvolvimento desta tese foram aqueles que se coadunaram com os objetivos da pesquisa, com o *território* em que esta se desenvolveu e com as condições em que esta se deu, incluindo-se o fato de o autor da tese ser ao mesmo tempo pesquisador e diretor da Unidade de Saúde pesquisada.

Conforme descrito no capítulo 2, a Ergologia fundamenta-se no princípio de que a interlocução entre as diversas disciplinas (assim como dentro de cada disciplina, as diversas abordagens aí presentes) que operam sobre a atividade humana, sobretudo a atividade de trabalho, pode trazer importantes contribuições intelectuais. Essas contribuições (conceitos, métodos e técnicas) do campo dos saberes científicos, uma vez reelaboradas e tendo destacadas suas principais contribuições, quando entram em sinergia com os saberes da experiência multiforme dos trabalhadores pode fazer emergir um outro tipo de compreensão acerca do trabalho, em seus diferentes mundos. Trata-se de uma aposta num tipo de dispositivo de análise que tem como objetivo a construção de saberes sobre o trabalho que, acredita-se, não poderiam ser obtidos contando-se apenas com os conhecimentos de um dos pólos, tampouco com apenas uma disciplina científica ou

apenas um método. Sendo assim, recorremos a diferentes métodos e técnicas de investigação para que pudéssemos empreender esse movimento à pesquisa, inspirados teórico-metodologicamente nas abordagens clínicas do trabalho anteriormente apresentadas, notadamente a Ergonomia da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho, além das proposições e estudos que vêm sendo desenvolvidos em torno da Lógica Competência e Relação de Serviço. Em alguns aspectos a Clínica da Atividade também nos permitiu ampliar a compreensão sobre as atividades e sobre os gêneros e estilos que se desenvolviam no campo em que estávamos intervindo. Tivemos como principais referências epistemológicas a concepção canguilhemiana de saúde (CANGUILHEM, 1943/2000) e a perspectiva ergológica (SCHWARTZ, 1997; SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ ; DURRIVE, 2003).

Orientados pela perspectiva ergológica e inspirados nas abordagens clínicas do trabalho, outras duas modalidades de investigação – pesquisa-intervenção (ROCHA; AGUIAR, 2003) e pesquisa etnográfica (SATO; SOUZA, 2001) – acabaram sendo de alguma forma incorporadas na composição do método. Na verdade, entendemos que ambas têm características que compõem, em alguma medida, aquelas três abordagens clínicas de referência. Como assinala Athayde (2007) especialmente a Ergonomia da Atividade, como disciplina híbrida, estranha, misto de arte, técnica e ciência, encontra-se desde sua constituição aberta à agregação de noções, conceitos, métodos e técnicas diversas. Em um clássico texto de Ergonomia, Laville (1976) cita Wisner para dizer:

É difícil para o ergonomista engajado na prática, seguir uma linha idêntica de ação, sejam quais forem as circunstâncias às quais esteja confrontado. [...] Ele dispõe de um quadro conceitual e de conhecimentos mais ou menos aplicáveis. Os métodos de abordagem do problema colocado e as soluções a propor devem conservar um caráter científico, mas sua escolha, a um certo nível, não lhe pertence (p. 119-120).

Como efeito da perspectiva ergológica operamos também com o dispositivo de intervenção e análise denominado ‘Encontros sobre o Trabalho’ (DURRIVE, 2001; SCHWARTZ; DURRIVE, 2003). Em suma, visou-se a uma análise da atividade de trabalho a partir das seguintes ferramentas metodológicas: **1.** Análise de documentos sobre as normas antecedentes / prescrições do trabalho; **2.** Visitas (incluindo outros investigadores) à Unidade de Saúde (envolvendo observações,

inserção prolongada de um dos pesquisadores no campo⁴⁸ e conversas com trabalhadores) e **3. Encontros sobre o Trabalho com profissionais de diversas funções.**

Nesse movimento de convocação e reconvocação/validação de saberes e de produção de conhecimentos, aprendizagem e transmissão de conhecimentos ocorrem de ambos os lados, tanto do lado dos profissionais dos conceitos (profissionais de formação), quanto do lado dos protagonistas da atividade em foco.

Contudo, o diálogo entre os saberes gerados na atividade e os formalizados, disciplinares, não acontece espontaneamente. Pelo contrário, as dificuldades para que esse diálogo ocorra são muitas e podem ser geradas por: desconfiança, desinteresse, prepotência, autoritarismo, inabilidade, simplificações, etc. Será operando com a ação do terceiro pólo do DD3P⁴⁹ que estarão reunidas as condições para que ocorra o encontro sinérgico, o diálogo crítico, a mútua compreensão, a transformação e o desenvolvimento.

Também podemos nos remeter aqui à observação de Rocha (2009) a respeito das pesquisas críticas, condicionando sua realização à contextualização das práticas, uma vez que o cotidiano, na sua dimensão de movimento, traz a análise das forças presentes nas questões e nas ações empreendidas, evidenciando os processos de mudança. Assim, para desenvolver uma abordagem metodológica que possa contemplar as questões em pauta, é necessário que ‘novos personagens entrem em cena’ (SADER, 1988). Sendo, portanto, necessária uma transformação na postura do(s) pesquisador(es) e dos protagonistas do trabalho em análise, entendidos como co-atores/co-autores do processo em que circunscrevem as problemáticas e as alternativas.

É nesse sentido que as ‘pesquisas participativas’ vão se afirmar como um movimento de transformação frente às pesquisas de cunho cientificista. “Conhecimento, ação e realidade são constituídos no curso da investigação de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo” (ROCHA, 2009, p. 12).

⁴⁸ Cabe lembrar que o autor desta tese foi simultaneamente, diretor geral da Unidade de Saúde pesquisada, de outubro de 2005 a dezembro de 2008, período no qual esta tese estava sendo desenvolvida.

⁴⁹ Como vimos, os outros dois são o pólo dos conceitos, dos conhecimentos formalizados, ditos científicos, e o pólo dos saberes não formais, gerados na atividade.

4.1 - A pesquisa participativa nas Ciências Humanas e Sociais

A noção de que a pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais pode e deve contribuir para a intervenção direta na realidade está presente nas primeiras iniciativas do século XX, especialmente nos EUA. O caso clássico é o das pesquisas desenvolvidas em Hawthorne nos anos 20-30, a partir de um dado momento dirigida por Elton Mayo, gerando a *Abordagem das Relações Humanas*. Em seguida, durante e após a Segunda Guerra, seja na Inglaterra com a Abordagem Sociotécnica, seja nos EUA, com Kurt Lewin. Neste caso, ele se mobilizou para a criação de métodos de pesquisa dirigidos para a resolução de problemas sociais e organizacionais desde o final da década de 30, desenvolvendo uma outra possibilidade de articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto nas investigações sociológicas, psicológicas, educacionais, organizacionais (RIZZINI; CASTRO; SARTOR, 1999; ROCHA; AGUIAR, 2003).

Lewin propôs uma modalidade de pesquisa, intitulada pesquisa-ação, voltada para a intervenção sobre a vida social com o intuito de mudança. Tal proposta continha dois objetivos: desenvolver as ciências sociais (através de ações concretas na realidade, refletindo criticamente e avaliando seus resultados), bem como resolver questões concernentes aos problemas de ajustamento das populações marginais, trabalhar as crises nas relações de trabalho e aliviar tensões em situações problemáticas. Assim, embora a perspectiva da pesquisa de campo lewiniana configurasse uma nova forma de investigação e de ação sobre o campo social diversa da tradição positivista, as análises dos fatos desencadeados por suas pesquisas não fugiam do paradigma funcionalista, na medida em que eram direcionadas à compreensão das disfunções produzidas pelos erros de estratégia do pesquisador e das crises promovidas por agentes patológicos do campo. Em Lewin, “a pesquisa ganha uma dimensão utilitária e o pesquisador, o papel de agente facilitador do amadurecimento das relações humanas” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 3).

Os desdobramentos da proposta original da pesquisa-ação foram marcados por contextos sociais e regimes políticos diferenciados. Na América Latina, por exemplo, a existência de países submetidos durante longo período a regimes populistas autoritários e excludentes, várias vezes militar-ditatoriais, fez com que se desenvolvessem experimentações atravessadas por um debate político e ideológico,

desde que ligadas a projetos populares e policlassistas ('classes populares') emancipatórios e autogestionários, uma modalidade de pesquisa-ação crítica, centrada no agir e no devir, através de uma abordagem metodológica exploratória, tendo seus objetivos definidos no próprio curso e no campo de atuação pelo pesquisador profissional e pelos participantes do processo. Ressaltava-se a importância da participação coletiva e a valorização cultural dos 'grupos' (ou 'classes') populares para a mudança da ordem social.

No Brasil, durante os chamados 'anos de chumbo' (décadas de 60 e 70), marcados pela intensa violência da repressão política, observam-se a ação reativa via desestabilização e o enfraquecimento dos movimentos populares (até o início dos anos 60 marcados pelo populismo e subordinação ao projeto "progressista" da "burguesia nacional"), a prisão, morte e fuga para a clandestinidade e a transferência/exílio de militantes e destacados intelectuais para outros países. Aqueles que conseguiram ou optaram por permanecer no país e mantiveram-se na luta para a conquista das chamadas 'liberdades democráticas' operaram de diversas formas. Por exemplo, no interior de lutas populares que tinham à frente as Igrejas (articuladas ecumenicamente), através da vertente da Teologia da Libertação e das Comunidades Eclesiais de Base e outras lideranças sociais. As iniciativas de um campo que vai se denominar 'Educação Popular', que tem em Paulo Freire seu maior expoente de âmbito internacional (mas encontramos também Augusto Boal, Glauber Rocha, entre outros, engajados em lutas culturais em todo o continente), contribuíram para se pensar uma outra relação entre os saberes e os fazeres. A chamada 'participação popular' (que passa por uma crítica do populismo e outras formas de subordinação de classe) ocupa um lugar ativo na construção do saber, o que inaugura um novo conceito (os 'movimentos sociais populares' como espaço de formação, produção de conhecimento e formulação/encaminhamento de propostas societárias inovadoras) para a área das Ciências Humanas e Sociais.

Os anos 80 se caracterizam pela 'abertura política' (mesmo que na forma 'lenta e gradual', conforme proposta por Geisel e Golbery). Novas modalidades de observação e outras técnicas de pesquisa e intervenção desenvolvem-se, tendo como marco fundamental a noção de participação. Nos anos 90 a nova conjuntura política é acompanhada de uma maior participação popular nos debates públicos.

Intensifica-se o entendimento de que as questões sociais devem ser problematizadas com os grupos envolvidos e as organizações populares.

A ineficácia das soluções propostas por muitas pesquisas realizadas até então nos moldes tradicionais, leva setores da Academia a reconhecerem seus limites. A opção pela pesquisa baseada na participação surge da compreensão de que os problemas sociais devem ser refletidos a partir, e dentro, da sua realidade, que é complexa e mutante (RIZZINI; CASTRO; SARTOR, 1999). O conhecimento e a transformação da realidade vivida colocam-se como uma possibilidade a partir da interação entre o saber acadêmico (em seus diversos campos de conhecimento) e os saberes dos sujeitos individuais e coletivos envolvidos na pesquisa.

Segundo Rocha (2006, p. 169) “as mudanças que se processam ao longo da/na pesquisa, implicam em transformações também dos sujeitos envolvidos e das práticas estabelecidas, quer para a população participante na pesquisa, quer para os pesquisadores”.

Rizzini, Castro e Sartor (1999) constataam que os autores estrangeiros preocupam-se mais com as diferenças entre as pesquisas participativas e as não participativas do que com as diferenças entre a pesquisa participativa (PP) e a pesquisa-ação (PA). No Brasil e em outros países da América Latina, a discussão é mais polêmica. Alguns autores, como Thiollent (1986), consideram necessário distinguir entre PP e PA, já que a PA é uma forma de PP, mas nem toda PP pode ser considerada uma PA. Dentre as pesquisas participativas encontraremos, por exemplo, a pesquisa-intervenção e a pesquisa etnográfica, apresentadas sumariamente a seguir, tendo em vista serem duas modalidades condizentes com a proposta de pesquisa desta tese.

4.1.1 - A pesquisa-intervenção

De acordo com Rocha e Aguiar (2003) a pesquisa-intervenção (PI) consiste em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa, assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico. As autoras entendem que a PI aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas

participativas na medida em que propõe uma intervenção de ordem micropolítica, com potencialidade transformadora, nos diferentes domínios da vida social.

As autoras identificam a gênese da PI (e a construção de sua abordagem no Brasil) no ‘movimento institucionalista’⁵⁰ que surge na década de 60 na França e nas décadas seguintes na América Latina, tendo como principais referências Lourau, Lapassade, Guattari, Hess e Authier. Na Argentina, na linhagem que vinha de Enrique Pichon-Rivière, José Bleger e Mary Langer tivemos um importante grupo. Alguns de seus membros migraram para o Brasil com a ditadura militar que lá se instalou, como Baremlitt, entre outros. No Brasil desenvolveu-se uma abordagem singular⁵¹, tendo como principais representantes Heliana Conde Rodrigues, Regina Benevides de Barros, Marisa Rocha entre outros, vinculados à corrente da Análise Institucional (AI).

Baremlitt e Melo (1998) elaboraram um glossário contendo alguns dos termos mais empregados pelo Institucionalismo. Marisa Lopes da Rocha (2006) cita os principais conceitos institucionalistas que servem como ferramentas de intervenção. São eles: *grupo* e *instituição* (reconceituados pela AI), *análise da demanda*, os *analísadores históricos* ou *construídos* e a *análise da transversalidade e das implicações*. Ressalta ainda a autora que “o método na análise institucional não é só uma questão de procedimento, mas uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida” (p. 170).

Na perspectiva do ‘movimento institucionalista’, *grupo* não é entendido como um conjunto de pessoas, mas como dispositivos de afirmação de outros modos de subjetivação. Se o conceito de dispositivo designa alguma coisa que serve para fazer com que algo funcione, produzindo realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte do considerado Real (BAREMBLIT; MELO, 1998), os grupos interessam aos institucionalistas na medida em que colocam em funcionamento alguma coisa no interior da instituição, ou no interior deles mesmos

⁵⁰ “Conjunto não totalizável de escolas e correntes cujas diversas tendências subscrevem alguns objetos comuns, entre os quais os mais compartilhados consistem em propiciar nos coletivos processos de auto-análise e autogestão. Essas orientações se diferenciam entre si por suas teorias, métodos, técnicas, estratégias e táticas de leitura e de intervenção, assim como também pelo alcance dos objetivos que se propõem. Assim configuram uma escala que vai desde o reformismo ao maximalismo” (BAREMBLITT, 1998, p. 182).

⁵¹ Singularidade, seja pelas características da cultura na formação social brasileira, seja teoricamente pela incidência de autores como Althusser, em seguida Foucault e depois Guattari (e através deste, a crescente influência de Deleuze no Brasil, conduzindo ao interesse pela Esquizoanálise).

(SAIDON, 1987). Para Barros (2007) o grupo, entendido como devir⁵² (“devir-grupo”) – experiência de composição com outros modos de afecção, outros modos de existencialização, um processo que se diferencia do *ser-do-grupo* –, se oferece, ao mesmo tempo, como dispositivo de intervenção (produção de transformação e produção de conhecimento) e como designação do próprio plano que se quer acessar (nas intervenções) e conhecer: plano do inconsciente, social e subjetivo, plano coletivo.

Através dos grupos, privilegia-se, a análise dos processos que se constituem entre as pessoas e a partir delas, em seu exercício de busca de sentido para as ações/atividades que desenvolvem e para o significado de sua própria existência.

Instituição, por sua vez, não é aqui compreendida como estabelecimento (o seu mais frequente uso) ou estrutura organizacional, mas como as práticas produzidas socialmente e historicamente, trazendo, portanto, a dimensão dos valores, das tradições, dos discursos e ações que se perpetuam e são naturalizados e tomados como verdades absolutas, universalizados, “fatos consumidos tomados como fatos consumados” (SOUZA, 2004).

Uma exigência para uma intervenção de caráter institucionalista é a *análise da demanda* que o próprio pesquisador já cria desde o momento em que oferece seus serviços (daí Baremblyt e Melo [1998] chamam a atenção para a necessária *análise da oferta*⁵³) e das demandas gerais existentes no local pesquisado ou que venham a surgir no desenvolvimento do trabalho.

Os *analísadores* são conceitos-ferramentas⁵⁴ que funcionam como catalisadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e possibilitando a realização da análise.

Guattari (1987) define *transversalidade* como uma dimensão que pretende superar dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade. A transversalidade tende a se realizar quando uma comunicação

⁵² Segundo Guattari e Rolnik (1986), *devir* é um termo relativo à economia do desejo, do qual seus fluxos procedem por afetos e devires, independentemente do fato de que possam ser ou não calcados sobre pessoas, imagens, identificações.

⁵³ “A toda oferta de prestação de serviços subjaz a duvidosa mensagem que consiste na suposição de se saber e se ter o que o outro precisa, que por sua vez não sabe que não tem e não entende o que é porque é complexo, sutil, técnico. A análise da demanda deve estar necessariamente articulada com a análise da produção desta demanda – ou seja, a Análise da Oferta” (BAREMBLYT; MELO, 1998, p. 154-155, itálicos dos autores).

⁵⁴ “Conceito-ferramenta formulado por Guattari, no contexto da Psicoterapia Institucional, que veio a ser incorporado pela Socioanálise” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos. Para ele é possível modificar os diferentes coeficientes de transversalidade inconsciente nos diferentes níveis de uma instituição. E ainda, o nível de transversalidade existente no grupo que detém o poder real sobre a instituição determina inconscientemente a regulação das possibilidades extensivas dos outros níveis de transversalidade.

O conceito de *implicação*, trabalhado pelos institucionalistas, não significa o mesmo que vontade ou decisão consciente. Ele inclui o lugar que é ocupado ou que se busca ocupar ou ainda do que lhe é designado pelo coletivo a ocupar e os riscos decorrentes dos caminhos em construção. A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações afirma a recusa da neutralidade do analista/pesquisador e busca dar visibilidade às relações dos participantes (trabalhadores e pesquisadores, no caso desta tese) com as instituições que se atualizam na intervenção. As correntes institucionalistas chamam a atenção para a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. “A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (PASSOS; BARROS, 2000, p. 73).

A pesquisa-intervenção tem início a partir da construção de um campo de análise e do estabelecimento coletivo de um projeto de trabalho e se efetua através de dispositivos mobilizadores. Durante todo o processo é fundamental uma participação ativa da comunidade implicada na pesquisa. O campo de intervenção só se constitui como tal a partir do momento em que as experiências locais podem entrar em análise de modo contextualizado, tanto no aspecto social, como no histórico e político. As práticas e seus corolários são analisados em sua complexidade e em seu modo de produção coletivo, desconstruindo dualidades, determinismos e individualizações psicologizantes.

Há uma nítida recusa à psicologização dos conflitos, já que os conflitos e tensões são encarados como os focos onde estão contidas as possibilidades de mudança.

A PI traz como proposta criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade qualitativa, tendo como alvo o movimento, as rupturas que as ações individuais e coletivas imprimem no cotidiano. Enquanto uma investigação

qualitativa, não se limita simplesmente à interpretação, explicação ou qualificação do quantitativo. Ela busca dar visibilidade às ações, às práticas e rituais, aos movimentos permanentes dos processos de subjetivação. Qualitativo aqui se refere não só aos sentidos produzidos nas relações sócio-historicamente determinadas, mas também aos desvios, às ações que fazem diferença, frente ao hegemônico, ao instituído. A PI busca criar um campo de problematização. Instaurando tensão entre representação e expressão, permite repensar criticamente o cotidiano, com a perspectiva da criação de novos campos de possíveis, novos modos de subjetivação.

Rocha (2009) considera que o desafio de uma pesquisa-intervenção⁵⁵ seria pensar os processos de subjetivação como produção dos modos de gestão do trabalho, das práticas instituintes do espaço-tempo, o que significa que a perspectiva de construir um campo de análise entre a macro e a micropolítica buscaria ‘cartografar’ as formas de ação que vêm contribuindo para múltiplos caminhos, que vão desde o sofrimento até os modos de organização que potencializam movimentos de resistência e mudança na formação.

A idéia da *cartografia* como uma prática do conhecer advém de Deleuze (1997). Conforme Mairesse e Fonseca (2002) a *cartografia*, desde a ciência geográfica, registra as paisagens que se conformam, segundo sua afetação pela natureza, pelo desenho do tempo, pela vida que por ali passa, sendo o cartógrafo aquele que traça o cartograma, o mapa em que se representa um fenômeno quanto a sua área de ocorrência, movimentação e evolução. Nessa perspectiva, para Deleuze (1997) o mapa não se circunscreve a um espaço-tempo delimitado; ele é também um *mapa de intensidades* (p. 77), transformável em função da constelação afetiva que o compõe. O mapa é devir, lê-lo é cartografá-lo, apreendê-lo em uma outra forma que aquela que supostamente lhe deu origem. “A tarefa do cartógrafo social [pesquisador] é justamente, acompanhar os movimentos, é perceber entre sons e imagens a composição e decomposição dos *territórios*, como e por quais manobras e estratégias se criam novas paisagens” (MAIRESSE; FONSECA, 2002, p. 115, acréscimo nosso, itálicos das autoras).

⁵⁵ Nesse caso referindo-se à escola, mas pensamos que tal consideração pode ser estendida a outros mundos do trabalho.

4.1.2 - A pesquisa etnográfica

A etnografia, segundo Sato e Souza (2001), tem sua origem na Antropologia Social, sendo também utilizada na Sociologia de tradição inglesa. Trata-se de um método em pesquisa social cuja concepção afasta-se do funcionalismo e do estruturalismo deslocando-se do eixo das macro-análises para as relações cotidianas, que compreendem os aspectos micro-sociais, mas também o resgate dos aspectos da história particular e de sua relação com os determinantes sociais e culturais que a cercam. Metodologicamente implica em complementar a informação de campo com as de outras ordens sociais e buscar interpretações e explicações a partir de elementos externos à situação particular. Diz-se assim que não são realizados estudos de caso, mas estudos sobre casos.

Essa abordagem metodológica alinha-se a concepções interpretativas e pressupõe que a realidade é construída socialmente, expressando-se nas práticas, nos discursos e nas instituições criadas (entendidas como formas de relação, códigos, ritos, regras, valores, etc.). Ela demanda, no processo de pesquisa, a compreensão da cultura estudada, não podendo se dar a partir de procedimentos standardizados. Pressupõe a recusa do distanciamento entre o indivíduo e a sociedade ou entre o objetivo e o subjetivo.

Suas principais características podem ser assim colocadas: busca documentar o não documentado e obter, como produto do trabalho analítico, sempre uma descrição; exige uma longa permanência no campo e a interpretação e integração de conhecimentos locais à elaboração da pesquisa; constrói conhecimentos, descreve realidades particulares buscando relações relevantes às indagações teóricas mais gerais.

Dissemos que uma das ferramentas metodológicas utilizadas na pesquisa desta tese constituiu-se de 'visitas' à Unidade da Saúde pesquisada. Consideramos que a longa permanência no campo por parte do autor desta tese (atuando como diretor geral por mais de três anos) e da co-pesquisadora (enfermeira da Unidade por mais de quatro anos), possibilitou que essas visitas, que as conversas diádicas e coletivas com os trabalhadores (formais e informais) e o conhecimento do ambiente de trabalho fossem acontecendo com o decorrer do tempo. Isso também pôde ocorrer nas ocasiões de ida dos demais pesquisadores ao local para participarem dos Encontros ou, especificamente, para estabelecerem uma aproximação inicial

com os trabalhadores e compreenderem alguns elementos de sua atividade de trabalho. Esses fatos em muito acrescentaram aos debates e discussões, nos quais aquela realidade era posta em análise.

Numa perspectiva etnográfica o pesquisador observa e interpreta, seleciona do contexto o que percebe como significativo em relação à sua elaboração teórica, cria hipóteses, analisa, reinterpreta, formula novas hipóteses. A etnografia é, portanto, uma estratégia para o estudo dos processos e interações sociais, das práticas e representações. Possibilita acessar a complexidade, a singularidade, o saber-fazer, que constituem as atividades cotidianas das pessoas.

Sato e Souza (2001) propuseram-se a argumentar a favor da riqueza e da pertinência da abordagem etnográfica nos estudos da área da Psicologia, especialmente no âmbito do estudo da vida das pessoas em locais de trabalho. Através dessa abordagem as expressões pessoais, singulares e comuns, podem ser acessadas de diversas formas, pois a verbalização é apenas um dos canais de sua expressão.

Fundamentando-se na etnometodologia (COULON, 1995) afirmam que há métodos criados cotidianamente pelas pessoas para lidarem com situações e problemas diversos, onde regras tácitas são construídas, recriadas e reproduzidas pelas pessoas, muito embora, a sua existência não aceda ao simbólico e não sejam objetos de verbalização.

A linguagem tem como uma de suas características a indicialidade, ou seja, há uma série de significados não ditos, mas que guiam as conversações cotidianas e possibilitam a relação intersubjetiva.

Além disso, é enfatizada na pesquisa etnográfica a importância do conhecimento do contexto material no qual as interações se dinamizam e, nesse sentido, a observação direta e a observação participante mostram-se como ferramentas importantes. O emprego de técnicas como entrevistas e conversas informais tem se mostrado fértil.

A abordagem etnográfica considera que para as pessoas do local onde se desenvolve a pesquisa os pesquisadores também se constituem em objeto de pesquisa – e diríamos até que *fazem uso* deles, na medida em que podemos entender essa relação enquanto um serviço que envolveria prestador(es) e

usuário(s) – e tal fato tem implicações para o ‘estar no campo’. Ambos os lados tornam-se pesquisadores e pesquisados, na medida em que olham acontecimentos, constroem “fatos”, analisam e interpretam, ainda que possivelmente com finalidades e instrumentos distintos. Ambos falam ou deixam de falar coisas em função das concepções prévias ou criadas no decorrer dessa convivência. Para as pessoas do local, interessa saber quem é (são) o(s) pesquisador(es), por que o interesse por conhecê-las e conhecer seu trabalho e qual a utilidade que a pesquisa terá para elas.

Assim, o fornecimento e o ocultamento de informações ao pesquisador serão controlados pelas representações que essas pessoas criam sobre quem é ele/ela e quais são suas reais intenções. O mesmo ocorre com o pesquisador. A assimetria da relação será tanto menor quanto maior for a compreensão da pesquisa de campo como um processo de convivência entre as pessoas. Sendo assim, às regras e rigores metodológicos somar-se-ão a qualidade do relacionamento entre o pesquisador e as pessoas do local pesquisado. Será o resultado dessa operação que norteará a qualidade da pesquisa. Somente o tempo de convivência poderá dizer se as reais intenções do pesquisador serão apreendidas pelas pessoas do local. O mesmo se dá no que se refere aos métodos e técnicas de investigação empregados, os quais muitas vezes divergem dos moldes tradicionais e da visão que alguns têm sobre o que é pesquisa, como se pesquisa e para que ela é feita.

A familiaridade (ou falta de familiaridade) com os espaços, com os processos, com as regras e as rotinas do local influenciam no modo como o pesquisador vai obter informações, como vai estar e se comportar no local, como vai guiar sua curiosidade e conseguir seus objetivos. Geralmente existem pessoas que vão se aproximar do pesquisador, seja por curiosidade, seja para solicitar informações ou algum favor, ou por qualquer outro tipo de interesse. Algumas pessoas podem ser ‘informantes privilegiados’. Elas têm uma apreciação bastante geral da situação, sobre as pessoas, sobre os papéis e poderes. Explicitam regras tácitas e dão dicas sobre o que acontece no cotidiano do local. Comportam-se como importantes auxiliares do pesquisador, adotando uma postura de co-pesquisador.

Ao longo do processo o pesquisador vai construindo uma sistematização (“rotina”) em sua estada no campo. Vai dividindo seu tempo, construindo e conquistando espaços materiais e simbólicos em função de seu empenho, de seu

relacionamento com as pessoas, mas também dos limites impostos pelas próprias pessoas através das regras e procedimentos do local. Vai percebendo quando e com quem é possível conversar e quando é necessário se distanciar para não atrapalhar o andamento das atividades.

É necessário estar atento ao risco de as pessoas do local informarem somente o que consideram que o pesquisador quer ouvir ou somente aquilo que consideram importante ou possível dizerem. Nesse sentido, estivemos frequentemente atentos ao fato de que o autor da tese era simultaneamente um pesquisador e o diretor da Unidade e de que isso poderia ser um elemento de dificuldade para o desenvolvimento da pesquisa. Agora sabemos que, embora possa ter, em algum momento, sido um fator de apreensão/inibidor, não só para os trabalhadores como também para o(s) pesquisador(es), ele funcionou muito mais como um facilitador, pois contribuiu para que certas condições fossem oferecidas para que a pesquisa acontecesse. E ainda foi um (declarado) estímulo para que os trabalhadores se dispusessem a participar, acreditando nas possibilidades de transformação via contato/diálogo direto com a Direção, cuja participação nas reuniões de funcionários (desde as primeiras reuniões do Grupo de Trabalho de Humanização, conforme veremos adiante), foi demandada por eles. Além disso, essa dupla 'função' viabilizou a obtenção de informações e o acesso a documentos com um menor grau de dificuldade, pois muitos destes são disponibilizados/enviados ao diretor e outros podem ser obtidos com maior agilidade por quem ocupa tal cargo. Lembro que a realização da pesquisa na Unidade foi autorizada administrativamente pelo órgão competente, o que possibilitou a utilização das informações aqui constantes.

A pesquisa etnográfica é considerada por Sato e Souza (2001) como um terreno fértil para o debate em torno de uma questão clássica nas ciências, qual seja, a relação sujeito-objeto, mais precisamente, a implicação da subjetividade do pesquisador no processo de construção de conhecimento, por se tratar de abordagem na qual as longas estadas no campo, ou seja, a convivência, é a estratégia privilegiada de pesquisa:

Assim, as impressões, o impacto, aquilo que leva o pesquisador a ressaltar como figura e a distanciar como fundo, é um processo nem sempre por ele percebido, uma vez que não existem protocolos ou instrumentos que funcionem como anteparo do pesquisador frente ao fenômeno, e as repercussões disso para o trabalho de pesquisa são postos em questão de modo radical. E, parece-nos,

justamente por não prover o pesquisador desses instrumentos, é que dele requer maior disciplina e maior rigor, até porque, nessa orientação metodológica, não temos como recortar a realidade do local previamente. Ela se apresenta em sua totalidade, mostrando situações e acontecimentos que, ao menos a princípio, parecem nada estar relacionados com nossos objetivos e com nosso objeto. Assim, é fácil sermos seduzidos por questões que do campo emergem e que podem nos conduzir a outras pesquisas. Num questionário, numa entrevista estruturada ou numa observação nas quais um *check-list* deva ser seguido, evita-se que nossa atenção seja desviada; porém, perdemos a possibilidade de conhecer outros fenômenos. (SATO; SOUZA, 2001, p. 37-38, *itálicos das autoras*).

As autoras indicam alguns ‘nortes’ para o êxito do trabalho de pesquisa nessa perspectiva. Primeiramente, o objetivo do estudo e a natureza do objeto devem estar claramente delimitados; reconhecer que se vai ao campo com teorias e com hipóteses, estando pronto a colocá-las em suspensão ou mesmo a refutá-las no decorrer do processo; que o pesquisador preste muita atenção nele mesmo, já que é a sua relação com as pessoas do local e dele com as teorias e hipóteses que possibilitarão os ‘achados’, exercer uma constante postura interrogativa, o que vai possibilitar o questionamento do que às vezes parece familiar; e prestar atenção nos acontecimentos que parecem pouco importantes.

Em segundo lugar, sugerem que o pesquisador siga as pistas que as pessoas do local apontam, o que elas indicam como assunto que deveria interessá-lo. Apontam que o pesquisador, por ser ‘estrangeiro’, não pertencente ao local, pode não conseguir entender muitos dos diálogos que as pessoas travam entre si e os sinais não verbais que induzem práticas e comportamentos, pois não domina a indicialidade que a linguagem comporta (o que não era o caso do autor desta tese e da co-pesquisadora). Compreender todas as nuances, apreender a pertinência dos acontecimentos e relatos em relação ao objetivo da pesquisa requer a prolongada convivência de modo a entender a cultura do local e inserir-se na paisagem como alguém significativo para o grupo (este sim era o nosso caso, o que não significa que tenhamos conseguido apreender toda a complexidade ali existente).

Em terceiro lugar, as autoras ressaltam que o pesquisador deve perceber a cada momento as diversas ‘dicas’ que o campo fornece e estar atento às insistências, às contradições e às ambigüidades. Ter uma postura paciente, flexível, porém vigilante, pois deve ter sempre em mente os objetivos da pesquisa. A anotação sistemática de tudo o que merecer registro (mesmo que não se identifique imediatamente ali sentido, lógica e organização) pode ajudar.

Em relação ao tempo, a orientação etnográfica considera que se deve dedicar à pesquisa de campo o tempo necessário para que se tenha a compreensão do significado dos acontecimentos. O trabalho de campo acaba quando se consegue esboçar esquemas interpretativos e testá-los. Isso acontece somente quando após seguidas leituras dos acontecimentos de campo, do cotejamento das hipóteses, os acontecimentos puderem ser transformados em fatos. O que pressupõe uma visão de que “os ‘dados’ não estão lá, prontos para serem colhidos, mas, ao contrário, os acontecimentos estão lá, prontos para sofrerem um processo interpretativo e só assim serem transformados em ‘fatos’, que são os acontecimentos significativos” (SATO; SOUZA, 2001. p. 41).

Na conclusão das autoras, a utilização da abordagem etnográfica no âmbito da pesquisa em Psicologia apresenta-se como um importante instrumental para a construção de conhecimentos sobre as pessoas – no caso sobre a vida das pessoas nos locais de trabalho – por envolver um longo trabalho de estada no campo, o que possibilita, operando-se um laborioso trabalho, elaborar sínteses que estejam contextualizadas à realidade.

4.1.3 - Os Encontros sobre o Trabalho

Os Encontros sobre o Trabalho visam à criação de um espaço de debate sinérgico (como zonas de desenvolvimento) sobre a atividade, reunindo os profissionais do conceito e os protagonistas do trabalho em análise, estabelecendo uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (BRITO; ATHAYDE, 2003; BRITO; ATHAYDE, NEVES, 2003; BOTECHIA, 2006), onde circula uma Comunidade Dialógica de Pesquisa (FRANÇA, 2002), tendo então como foco a atividade linguageira *sobre* o próprio trabalho – enquanto nas visitas observamos a atividade linguageira *na* atividade de trabalho.

Durrive (2001) acrescenta que diversos conceitos podem circular nesses Encontros, permitindo que se possa melhor apreender a complexidade do que antes parecia simples. As verdadeiras questões são formuladas pelos interessados a propósito de seu trabalho à medida que seus pontos de vista vão ganhando forma em relação às suas vivências. A dinâmica dos Encontros sobre o Trabalho propõe uma *caixa de ferramentas*, que permitirá a cada um construir, a seu tempo, ainda

que provisoriamente, seu ponto de vista sobre a atividade. Desse modo, podem emergir, ser formulados, postos em palavras, existir socialmente os saberes ocultados, ou não formulados. Pode-se dar visibilidade à complexidade da atividade.

Ao longo dos Encontros, os participantes vão adquirindo um novo olhar sobre o trabalho e, particularmente sobre a sua atividade. Esse 'olhar' se constrói fundando-se em duas exigências: de humildade epistemológica diante da complexidade das experiências e de rigor diante da exigência de verbalizar o trabalho, apesar das dificuldades.

A partir de então, cada um se reapropria ainda mais de sua experiência, de suas competências, e observa de outra forma a experiência e as competências de seus semelhantes" (DURRIVE, 2001, p. 59).

É fundamental que cada um assuma uma postura de humildade epistemológica, a qual, conforme Schwartz (2000) baseia-se na convicção de que o conhecimento sobre o trabalho (o que envolve a tríade *atividades-saberes-valores*) não pode ser monopólio de uma única disciplina em particular, nem se restringir ao campo 'científico', no sentido clássico do termo.

No caso da pesquisa de campo realizada na Unidade de Saúde, propusemos aos protagonistas do trabalho em análise a constituição de uma modalidade de dispositivo dinâmico de três pólos (SCHWARTZ, 1997) que no Brasil vem sendo operado na forma de uma denominada Comunidade Ampliada de Pesquisa – CAP (BRITO; ATHAYDE, 2003; BRITO; ATHAYDE; NEVES, 2003; BOTECHIA, 2006). Neste contexto fizemos observações sistemáticas, registrando a atividade de trabalho linguageiro *no* curso da atividade de trabalho.

Em seguida, tendo efetuado uma primeira análise desses materiais, realizamos o primeiro 'Encontro sobre o Trabalho' em julho de 2008, juntamente com o orientador desta tese, Milton Athayde e com Hélder Muniz (professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense⁵⁶).

No primeiro Encontro o elemento gerador do diálogo foram os materiais já parcialmente analisados pelos pesquisadores, constantes de apontamentos referentes a relatos orais e escritos de reuniões entre os trabalhadores, observações

⁵⁶ Membro do grupo de pesquisa, neste momento realizando seu pós-doutoramento junto a Milton Athayde no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social/UERJ.

e entrevistas dialógicas (*conversas*) realizadas com diversos trabalhadores pelo diretor e doutorando do PPGPS/UERJ e informações pertinentes àquela realidade, consultadas em documentos diversos e na bibliografia pesquisada. Buscamos, assim, gerar conhecimento acerca não só do prescrito e do realizado, como também do real do trabalho e da atividade, o que exigiu a criação de um meio de trabalho 'extra-ordinário', que mobilizou um coletivo para debater acerca da atividade 'ordinária' de cada um. Tratou-se, então, de um trabalho de co-análise, que associou pesquisadores e trabalhadores – uma Comunidade Ampliada de Pesquisa.

Assim, a estratégia metodológica utilizada envolveu o emprego de métodos/técnicas já experimentados e que vêm sendo reelaborados sob a influência da perspectiva ergológica, objetivando focalizar o *como*, e não só o *porquê* da atividade de trabalho, *seu desenvolvimento* e não apenas seu funcionamento. Assim, inspirados na Análise Ergonômica do Trabalho – AET (GUÉRIN et al., 2001), estivemos atentos à análise da demanda (e da implicação, conforme destaca a Análise Institucional), à análise global e da atividade, fizemos a observação no curso da ação, inclusive das atividades languageiras e da comunicação e cooperação.

Pudemos encontrar uma outra importante referência teórico-metodológica em Dejours (1990) quando esse autor, referindo-se à metodologia em Psicopatologia do Trabalho, frisa que uma questão deontológica se coloca: que se interprete as defesas coletivas sem cometer violências, sem expor demais o sofrimento, evitando-se atingir um ponto em que abordá-lo chegue a ser intolerável para os trabalhadores. Dessa questão deontológica desdobrar-se-ão outras duas. Uma questão técnica, que tem a ver, entre outras coisas, com as interpretações possíveis e o risco de sua colocação de forma inadequada, isto é, com a capacidade do pesquisador em lidar com as tensões e conflitos que emergirem. Tem a ver também com a subjetividade do próprio pesquisador e o lugar que ocupa em relação ao grupo de trabalhadores e dos outros pesquisadores.

A questão teórica refere-se ao entendimento de que o objetivo da pesquisa em PPT/PDT não é expor nem tratar as problemáticas psicológicas individuais, as quais surgem evidentemente no decorrer da pesquisa e nos espaços públicos de

discussão⁵⁷. Dejours assinala que o alvo da enquete é a relação do coletivo com o trabalho e os efeitos mascaradores dos sistemas coletivos de defesa em relação ao sofrimento. Envolve também a descrição das modalidades de ação da organização do trabalho e seus efeitos nocivos à saúde. Concentrando-se no plano das defesas coletivas, ao invés de fazer emergir ou tratar as problemáticas individuais, pode-se constatar que não há inconveniente quando, de uma sessão a outra, varia o grupo que participa da pesquisa, fato comum, tendo-se em vista os turnos e plantões de trabalho, as urgências do mesmo e, pode-se acrescentar, todas as possíveis variabilidades e infidelidades do meio. Em suma, no entender de Dejours, as substituições ocasionais de pessoal, a entrada e saída de membros do grupo (situações que ocorreram freqüentemente durante os Encontros no CMS), não prejudicam o andamento da pesquisa. Entendemos que Dejours considera aqui a presença do que no MOI se denomina 'grupo homogêneo'.

Também no decorrer dos Encontros buscamos operar com um dispositivo dinâmico de três polos, colocando cotidianamente a questão da autorização para "intervir na vida dos outros". Nunca pretendemos qualquer neutralidade. Ao contrário, nos preparamos para que nossas apresentações e intervenções no decorrer do debate fossem úteis. Por um lado, como fonte de informações oriundas do pólo do saber acadêmico-científico para serem compreendidas e colocadas em um processo de validação. Por outro lado, como desafios para mobilizar a reflexão, provocações, ou como a Ergonomia da Atividade tornou célebre: confrontação (que é diverso de comparação). Assim, com será apresentado em outro capítulo, não procuramos animar o debate "devolvendo" falas, mas "intervindo na vida dos outros" (SCHWARTZ, 2005).

A análise dos diversos materiais, efetuada pelos pesquisadores, contou com a colaboração da enfermeira responsável pela equipe de enfermagem, Joélia Alves, que participara de discussões anteriores com o autor da tese (ocasiões em que foram propostos alguns focos iniciais) e que também participou de algumas reuniões na UERJ, para debater com os pesquisadores.

⁵⁷ Essa demanda surgiu no primeiro Encontro no CMS, trazida por duas funcionárias e foi abordada pelos pesquisadores, em conjunto com o grupo de trabalhadores, ficando então esclarecida qual era a proposta dos Encontros.

A pesquisa de campo realizada no CMS teve a sua estratégia metodológica apresentada à Secretaria Municipal de Saúde e por esse órgão foi administrativamente autorizada a sua realização.

CAPÍTULO 5

UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA

Internacionalmente tem-se apresentado a 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistemática à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionou chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado à saúde (EPSJV, 2006).

Ribeiro (2002) recomenda que se empreenda um esforço metodológico no sentido de definir, para fins de avaliação, o que seja atenção básica. Para o autor há um emaranhado de definições misturadas a projetos políticos, defesa de interesses de grupos profissionais, crenças e pressupostos jamais testados ou provados e por essa razão não acredita que seja necessário, ou mesmo possível, um consenso com relação a tal conceito, mas apenas que cada estudo deva definir com nitidez o que pretende estudar. Sendo assim, para fins desta tese, será utilizada uma das definições de atenção básica presente em Ribeiro (2002, p. 415), qual seja:

Por fim, poderíamos admitir, nos termos da ação programática em saúde, que atenção básica seja definida por meio de atividades, serviços e ações, tanto de proteção aos indivíduos ou coletivos, como de assistência direta, incluídos nos conhecidos programas de saúde coletiva.

Propomos como objeto de reflexão a gestão de um Centro de Saúde, localizado no estado do Rio de Janeiro.

A estrutura de funcionamento dessa unidade de saúde permite que a situemos na definição acima, considerando-a como uma unidade de atenção básica em saúde.

De acordo com Erickson (1986, apud SATO; SOUZA, 2001), uma pesquisa qualitativa se diferencia de outros enfoques pela decisão do pesquisador de utilizar como critério básico de validade o ponto de vista dos próprios autores das ações estudadas. Assim concebido, o trabalho de campo permitiria responder a algumas importantes questões, tais como: o que está acontecendo especificamente nesta ação social que ocorre num determinado cenário particular? Que significados têm para os atores nela envolvidos? Como outras pessoas se fazem presentes neste mesmo cenário? Como se relaciona um cenário específico com o seu entorno, com outros níveis do sistema dentro e fora do próprio cenário? Como se comparam as formas de organização da vida diária neste cenário com outras formas de organização da vida social mais ampla? Vejamos então em que território circulam os elementos que possibilitaram a construção desta tese.

5.1 - O campo de intervenção

5.1.1 - A cidade e o cenário político

O município de Duque de Caxias recebeu esse nome em homenagem ao Marechal Luis Alves de Lima e Silva, nascido em 1803 na Fazenda São Paulo, hoje chamada Taquara (3º Distrito do município). O título nobiliárquico de *Duque de Caxias* foi a ele concedido pelo imperador em 1869, em razão de sua participação na guerra contra o Paraguai.

O antigo distrito de Caxias conquistou sua emancipação política em 31 de dezembro de 1943, quando se elevou à categoria de município.

Apesar de ser em grande parte uma região desprovida de infra-estrutura e de saneamento básico, repleta de loteamentos pantanosos, infestados de mosquitos (decorrência da devastação das matas que resultou na obstrução dos rios e seus conseqüentes transbordamentos), no início do século XX as terras da Baixada

Fluminense (onde está situada Duque de Caxias) serviram para aliviar as pressões demográficas da cidade do Rio de Janeiro. Várias pessoas, oriundas principalmente da região nordeste do Brasil, chegavam ao Rio de Janeiro em busca de trabalho e sobrevivência, dirigindo-se para Duque de Caxias como uma das opções de estabelecimento. Nos anos 40, a população de Duque de Caxias já atingia a casa dos 100 mil habitantes. Nessa altura já se configurava no local a característica de ‘cidade dormitório’, tendo em vista que a população encontrava de fato a possibilidade de acesso a atividades profissionais no então Distrito Federal. A união desses e de outros fatores contribuiu para o crescimento desordenado e o surgimento de favelas, tornando a região conhecida nacionalmente como uma das mais carentes e violentas do país⁵⁸.

Este cenário propiciou a mitificação de figuras como a do falecido ‘coronel urbano’, que tomou o rumo da atividade parlamentar, chegando a ser deputado (estadual e federal) Tenório Cavalcanti. Também ele retirante alagoano que migrou no fim dos anos vinte, ainda criança, para Duque de Caxias, onde iniciou sua carreira ‘coronelística’ e em seguida político-parlamentar. Seus aliados o alcunharam de “O Rei da Baixada”⁵⁹, pelo fato de que foi na Baixada Fluminense que Tenório

⁵⁸ Ao longo dos anos a violência continuou e continua a ser uma constante na região. De acordo com Alves (2003), à época da realização de sua pesquisa a Baixada Fluminense ainda registrava um índice de 76 assassinatos a cada 100 mil habitantes, mais que o triplo da média nacional, quase o dobro do que é registrado na capital do Rio e uma marca bem superior à de 50/100 mil, estabelecida pela ONU para caracterizar uma zona de guerra. Por dia, ocorriam de 5 a 6 mortes na região, que tem quase 3 milhões de habitantes e um quarto dos votos do estado do Rio. Contudo, só 7,8% desses assassinatos chegam a ser minimamente investigados. Dados mais recentes obtidos por Molica (2008) revelam que as quatro delegacias do município de Duque de Caxias – que juntas compõem a 15ª AISP (Área Integrada de Segurança Pública) – registraram 46 homicídios no mês de junho de 2008, 11,5% dos ocorridos no Estado, embora a região tenha 5,5% da população do Rio de Janeiro. O índice de homicídios da AISP de Duque de Caxias foi de 5,16 por 100 mil moradores. A delegacia mais movimentada do Rio em junho de 2008 foi a 59ª DP (localizada no 1º Distrito de Duque de Caxias). Lá foram registradas 1.889 ocorrências, 63 por dia, 2,6 por hora em cada plantão de 24 horas.

⁵⁹ Verificou-se uma reedição dessa expressão em situações recentes: nas eleições de 2000, em Duque de Caxias, o prefeito conseguiu se reeleger com mais de 85% dos votos, além de conseguir, contando com sua influência político-eleitoral e a força de seu sobrenome, eleger o irmão e a ex-mulher prefeitos dos municípios limítrofes Belford Roxo e Magé, respectivamente. Tais fatos fizeram com que a imprensa lhe atribuisse a alcunha de “Novo Rei da Baixada”. Mais recentemente, após as eleições de 2008, a imprensa noticiou que o prefeito reeleito de Nova Iguaçu reivindicou para ele o adjetivo de “Rei da Baixada”, pretendendo assumir a função de representante dos demais prefeitos da região, visando a ‘vãos mais altos’. Sua proposição calçou-se nos seguintes argumentos: ser filiado ao partido do Presidente da República e ter boas relações com o Governo Federal, ter sido reeleito com votação expressiva (mais de 65% dos votos) e por que seu partido conseguiu eleger outros prefeitos na Baixada Fluminense. Cita-se este fato para termos uma idéia da importância do *reinado* na localidade. Não obstante situar-se em um estado federativo republicano, configura-se ali um modo de exercício do poder que objetiva se manter, se proteger e se reforçar, que é citado por Foucault (2003) como um *principado* constituído pela relação do “soberano” com o que ele possui, com o território que herdou ou adquiriu e com os “súditos”.

conseguiu garantir as bases de seu 'poder político' por muitos anos. Sua base eleitoral era formada, principalmente, pelos migrantes nordestinos que ele ajudava a instalar em Duque de Caxias. Dotado de um estilo político agressivo, muitas vezes violento, para muitos, criminoso mesmo, Tenório tinha vários desafetos e andava sempre portando uma submetralhadora, a qual chamava carinhosamente de "Lurdinha". Teve seus direitos políticos cassados pelo regime militar em 1964. Morreu em maio de 1987. A tal ponto sua figura extrapolou a política eleitoral e a prática corriqueira da violência, compondo o imaginário popular que a vida de Tenório Cavalcanti inspirou o filme "O Homem da Capa Preta", dirigido em 1986 por Sérgio Rezende e estrelado por José Wilker, no papel principal.

A partir de sua emancipação, o então município de Duque de Caxias passou a ser administrada por sucessivos interventores, num total de 10, até o ano de 1947, quando o primeiro prefeito eleito assumiu a gestão municipal, governando até dezembro de 1950. Depois dele vieram, também pelo voto direto, outros cinco prefeitos, até que as eleições foram interrompidas com a decretação de Duque de Caxias como 'área de segurança nacional' pela ditadura militar em 1971. Foi apresentada como justificativa para essa medida a presença no município de uma das maiores refinarias da Petrobras, a REDUC. A ditadura militar designou quatro sucessivos prefeitos. Somente em 1985 os eleitores de Duque de Caxias puderam voltar a eleger o chefe do poder executivo municipal, tendo havido daquele ano em diante seis eleições municipais.

5.1.2 - Aspectos geográficos e sócio-econômicos

Duque de Caxias é um dos municípios que integram a região da Baixada Fluminense⁶⁰ do estado do Rio de Janeiro. Limita-se ao Norte com os municípios de Petrópolis e Miguel Pereira; ao Leste com a Baía da Guanabara e o município de Magé; ao Sul com a cidade do Rio de Janeiro e ao Oeste com os municípios de São João de Meriti, Belford Roxo e Nova Iguaçu. Sua localização é estratégica, próxima

⁶⁰ Dependendo do critério de classificação alguns municípios podem ou não ser considerados como pertencentes à região. A relação mais completa inclui os seguintes municípios: São João de Meriti, Japeri, Queimados, Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Seropédica, Guapimirim, Paracambi, Itaguaí e Mangaratiba.

de importantes rodovias: Rodovia Presidente Dutra, Rodovia Washington Luiz, Avenida Brasil, Linha Vermelha e Linha Amarela, além da proximidade com o Aeroporto Internacional Tom Jobim e da distância de apenas dezessete quilômetros até a capital do estado do Rio de Janeiro, favorecendo o escoamento de mercadorias para grandes centros consumidores, o que incentivou a instalação neste município do maior parque industrial do Rio de Janeiro e de empresas que desenvolvem diversos tipos de atividades comerciais. O segmento industrial está mais concentrado nos setores de química e petroquímica, estimulados pela presença da REDUC, atualmente a segunda maior refinaria do país.

A área geográfica do município é de 468,3 km², correspondente a 6,8% da área total do estado e a 35% da área total da Baixada. Segundo o IBGE⁶¹, até o ano de 2007 havia 842.686 habitantes (residentes) no município. Está dividido em quatro distritos, sendo o primeiro distrito (Centro) o mais populoso, com cerca de 360.000 habitantes (52% de mulheres e 48% de homens). É o 52º município do estado do Rio de Janeiro de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que é contraditório com seu poder econômico, como veremos.

Dados colhidos na página da Prefeitura na internet⁶² revelam que a taxa de urbanização do município é de 25,3% e a renda per capita de R\$ 11.477,26. O Produto Interno Bruto (PIB) de cerca de R\$ 15 bilhões de reais posiciona o município no 15º lugar no ranking nacional. Ocupa o segundo lugar no ranking de arrecadação de ICMS do estado, ficando atrás somente da capital. Cerca de 40% das receitas do município advém da arrecadação do ICMS; cerca de 10% do ISS; de 4% a 5% do IPTU, e o restante de outras fontes (estaduais ou federais).

Há cerca de 1.600 indústrias e 10.000 estabelecimentos comerciais instalados no município. Os principais segmentos industriais são o químico/petroquímico; metalúrgico/gás; plástico; mobiliário e têxtil/vestuário. As atividades de maior monta são desenvolvidas pela Refinaria Duque de Caxias (REDUC) da Petrobras, instalada no segundo distrito de Duque de Caxias.

⁶¹ Informação colhida em 19 de julho de 2008 no site do IBGE na internet:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/SINTESE.php?nomemum=Duque%20de%2Ca...>

⁶² <http://www.duquedecaxias.rj.gov.br/web/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>. Acessado em 19 de julho de 2008.

No item *Serviços de Saúde 2005* o IBGE registra, até o ano de 2005, os seguintes dados: 212 estabelecimentos de saúde (total), dos quais 91 seriam estabelecimentos de saúde do SUS. Aponta ainda o IBGE a existência de 949 leitos para internação em estabelecimentos de saúde (total), sendo 362 leitos para internação em estabelecimentos de saúde públicos e 587 leitos para internação em estabelecimentos de saúde privados.

Consultando dados mais recentes na Secretaria Municipal de Saúde, verificou-se que em julho de 2008 o município contava com 70 Unidades de Saúde da Família, quatro hospitais e 23 unidades de saúde (das quais 6 com funcionamento 24 horas).

5.1.3 - A Unidade de Saúde em análise

A estrutura dos Centros e Postos de Saúde no Brasil resulta de uma adaptação⁶³ do modelo médico-sanitário norte-americano (CAMPOS, 1991). Tal estrutura foi pensada para possibilitar o desenvolvimento de uma série de atividades permanentes, que compreenderiam a assistência médica individual (desde que vinculada à prevenção de problemas futuros); medidas de vigilância epidemiológica para contenção de doenças infecciosas; educação e fiscalização sanitária. A prioridade dessas Unidades deveria ser os Programas⁶⁴ de controle de doenças epidêmicas ou endêmicas, como a tuberculose e a hanseníase, além das ações voltadas para a saúde materno-infantil (pré-natal e puericultura). Objetivando-se o controle de algumas doenças evitáveis, adotou-se um calendário amplo de vacinações voltado principalmente para a infância, mas que também contemplava os jovens, adultos e idosos. Tentando diminuir os índices de desnutrição, ou a adesão ao tratamento de algumas doenças, podia-se lançar mão também da distribuição de

⁶³ Iniciada por Geraldo de Paula Sousa, após a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

⁶⁴ Campos (1991, p. 59-60) entende que "Programas são simplesmente recortes de um conjunto de problemas sanitários, definidos segundo critérios supostamente técnicos e epidemiológicos; mas que, na verdade, são escolhidos e selecionados antes da aplicação de técnicas de programação a partir de pressões sociais, políticas ou econômicas [...] Esta idéia [...] resulta, via de regra, de uma indisposição do estado de gastar em saúde, decorrendo daí a necessidade de recortes". Lembremos que Mendes (1999) é um outro autor que também faz críticas ao "enfoque por programas", conforme visto, no capítulo 1 (p. 40).

leite e de cestas básicas de alimentação. Tudo isso ficando primordialmente a cargo dos Centros e Postos de Saúde.

Posteriormente, por conta das ações que resultaram nas AIS/SUDS/SUS, mais uma massa de serviços passa para a responsabilidade dos Centros e Postos de Saúde, já que tiveram que absorver o atendimento básico, de nível ambulatorial, até então prestado pelos serviços particulares. Tal medida deveria implicar economia de recursos da Seguridade Social, mas exigia uma recomposição dessas unidades e o repasse para as prefeituras e estados dos recursos que o Inamps anteriormente gastava com este tipo de atenção. Não parece que tenha havido correspondência entre a transferência de tarefas e responsabilidades e a transferência de recursos para essas unidades de modo a ajustá-las às novas atribuições.

Atualmente, do ponto de vista sanitário, o Brasil defronta-se com uma polarização epidemiológica, caracterizada pelo crescimento da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis⁶⁵ associado à persistência de prevalência elevada de algumas doenças infecciosas, como tuberculose e malária.

[...] mais evidentes e intensos têm se mostrado os processos de transição demográfica e polarização epidemiológica no Brasil, a exemplo do que vem ocorrendo na maioria dos países das Américas. No primeiro caso, as grandes reduções das taxas de natalidade, fertilidade e mortalidade geral e o aumento significativo da esperança de vida ao nascer levaram a um crescimento sem paralelo da proporção de idosos. No segundo, tornou-se mais clara e expressiva a ocorrência simultânea, e em quase igual importância, de doenças transmissíveis e não transmissíveis no perfil de morbimortalidade da população (BRASIL, 2002, p. 7).

O Centro Municipal de Saúde (CMS) emerge (e se mantém fervilhando) nesse caldo de cultura (e incultura⁶⁶) específico. Trata-se de uma Unidade que pertenceu inicialmente à Secretaria de Estado de Saúde, tendo sido municipalizada entre o final da década de 80 e início da década seguinte. Funcionou em dois outros locais anteriormente, mas ocupa o prédio onde atualmente se localiza desde 1971, ano em

⁶⁵ Doenças cardiovasculares (doenças isquêmicas do coração, doenças cérebro-vasculares e hipertensão), as chamadas crônico-degenerativas (câncer, diabetes, doenças renais e reumáticas, etc), os agravos decorrentes das causas externas (acidentes, violências e envenenamentos) e os transtornos de natureza mental.

⁶⁶ A palavra incultura aqui é utilizada no sentido que lhe dá Schwartz (2000), demonstrando que para todo universo abordado sempre existirá um campo de desconhecimento, de insuficiência do saber, assim como de ineditismo e de indeterminação, por mais que se tente contemplar esse universo integralmente, numa perspectiva “científico-programática”.

que foi oficialmente inaugurado⁶⁷. Presta atendimento básico ambulatorial através de diversos 'Programas de Saúde', sendo referência no município no tratamento de várias patologias.

O estabelecimento das diretrizes gerais, a coordenação e o controle das ações desenvolvidas por esses programas ficam a cargo da Coordenadoria de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde, através de seus respectivos órgãos e profissionais responsáveis.

Os 'Programas de Saúde' existentes no CMS são os de: Imunização; Prevenção e Controle da Hipertensão; Prevenção e Controle do Diabetes; Saúde Mental (ambulatório de psiquiatria, psicologia, neurologia e oficinas terapêuticas); Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, Prevenção e Controle da Tuberculose; Prevenção e Controle da Hanseníase, Atenção Integral à Saúde da Criança; Atenção Integral à Saúde da Mulher; DST/AIDS, cujo setor de atendimento no CMS foi denominado de Serviço de Atendimento Especializado (ambulatórios para atendimentos dos casos de DST/AIDS/HIV, Hepatites e violências contra mulheres e jovens e o 'Hospital-dia'. Em local separado do SAE funciona o Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA).

Além dos atendimentos realizados pelos profissionais vinculados aos Programas citados, são realizados também atendimentos de Clínica Médica e Nutrição. A Unidade conta ainda com um Posto de Coleta de Sangue, Central de Materiais e Esterilização; Laboratório de Citologia e Baciloscopia, Dispensário de Medicamentos (comuns e excepcionais), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), este vinculado diretamente a Coordenadoria de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, e um mini-auditório (conhecido como Centro de Estudos) com cerca de 20 lugares.

É também pólo de distribuição de medicamentos excepcionais (de alto custo), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC-RJ), para tratamento de diversas patologias, como por exemplo, AIDS, Hepatite, Insuficiência Renal Crônica, Transtornos Mentais, Osteoporose e para pacientes transplantados.

⁶⁷ Essas informações foram colhidas em conversas com os funcionários mais antigos (em atividade ou aposentados), dos quais alguns, em épocas anteriores, ocuparam cargos comissionados na administração do CMS.

Esse pólo atende aos usuários do município de Duque de Caxias e de São João de Meriti.

Algumas salas compõem o espaço ocupado pelo Programa de Imunizações (subordinado à Coordenadoria de Saúde Coletiva/SMS), local onde atua a equipe e onde fica armazenado todo o estoque de vacinas do município para distribuição a todas as demais Unidades.

Há também uma sala ocupada pela Vigilância Epidemiológica e outra pela Vigilância Sanitária (Controle de Zoonoses), ambos setores diretamente vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, assim como o programa de Imunizações. Portanto, não há ingerência da Direção do CMS sobre as atividades ali desenvolvidas, embora algumas tarefas fiquem a cargo da Unidade, como apoio, cessão de telefone e fax, guarda de chaves, envio de frequência mensal, etc. Essa convivência traz alguns inconvenientes e benefícios para a Unidade. A ocupação de espaços que poderiam ser utilizados para ampliar algumas atividades é o principal inconveniente. Entre os benefícios pode-se citar a facilidade de encaminhamento dos usuários diretamente para o setor correspondente, possibilitando a obtenção de informações específicas com mais rapidez e permitindo uma ação mais ágil e eficaz.

Esquemáticamente o CMS se apresentava, até dezembro de 2008, da seguinte forma:

- *DIREÇÃO* (Direção Geral, Direção Médica, Chefia de Divisão Administrativa, 'Coordenação' de Equipe de Enfermagem). Anexos à Direção funcionavam o *DEPARTAMENTO PESSOAL (DP)* e o *FATURAMENTO*.

- Os setores dos Programas citados são conhecidos respectivamente como:

- *SALA DE VACINAS;*

- *HIPERTENSÃO;*

- *DIABETES;*

- *SAÚDE MENTAL;*

- *PROGRAMA DE TABAGISMO (não há um setor específico, pois nele atuam profissionais de setores distintos);*

- *TUBERCULOSE (TISIOLOGIA OU TÍSIO);*

- *HANSENÍASE;*
- *PUERICULTURA;*
- *SAÚDE DA MULHER (GINECOLOGIA OU GINECO);*
- *SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (ou SAE);*
- *CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (ou CTA);*
- *CLÍNICA MÉDICA;*
- *NUTRIÇÃO;*
- *POSTO DE COLETA;*
- *ESTERILIZAÇÃO;*
- *LABORATÓRIO;*
- *FARMÁCIA;*
- *CEO;*
- *CENTRO DE ESTUDOS;*

Os setores vinculados e subordinados diretamente à SMS são conhecidos como:

- *IMUNIZAÇÃO;*
- *EPIDÊMIO;*
- *VIGILÂNCIA OU ZOONOSES.*

O CMS ocupa um terreno de cerca de 2.300 m² em um prédio de dois andares (térreo e superior). O CEO situa-se em um imóvel anexo, dentro do mesmo terreno.

Em julho de 2008 estavam lotados no local cerca de 220 servidores, compreendidos entre eles servidores com vínculo municipal, estadual ou federal, além de contratados (chamados 'prestadores' ou 'terceirizados') – atendentes, recepcionistas, vigia, encarregados e auxiliares de serviços gerais – através de uma empresa prestadora de serviços. Desses 220 servidores, cerca de 50 deles são médicos. Frequentemente são recebidos acadêmicos e estagiários em formação para treinamento, oriundos da Secretaria Municipal de Saúde, e prestadores de

serviço comunitário, oriundos de órgão competente do Poder Judiciário local. Diversos profissionais e estudantes de graduação e pós-graduação procuram o Centro Municipal de Saúde com o objetivo de realizarem suas pesquisas de campo para monografias de final de curso, dissertações de mestrado e teses de doutorado. A autorização para a realização dessas pesquisas compete ao Secretário Municipal de Saúde ou ao Subsecretário por ele designado, sendo concedida somente após análise da proposta e da garantia de respeito aos princípios éticos que regem a pesquisa científica.

Na Unidade são efetuados regularmente inúmeros treinamentos e 'capacitações' para profissionais do CMS e de diversas outras Unidades, sob a responsabilidade de técnicos da área específica.

Analizando os dados quantitativos e qualitativos referentes aos atendimentos realizados no CMS nos cinco primeiros meses do ano de 2008 pôde ser verificada a seguinte situação: foram realizados cerca de 50.000 procedimentos por mês, o que perfaz uma média de 2.500 procedimentos por dia (útil) de atendimento. Neste total estão considerados diversos tipos de atendimentos, tais como consultas médicas, consultas de profissionais não-médicos, exames diversos (eletrocardiograma, baciloscopia e citologia, teste do pezinho, glicemia capilar, coleta de sangue), curativos e administração de medicamentos, aplicação de vacinas, visitas domiciliares, atividades em grupo (oficina terapêutica, palestras, grupos psicoterapêuticos, grupos de tabagistas, etc.), atendimento de receitas e dispensação de medicamentos na farmácia básica e no pólo de medicamentos excepcionais, marcação de exames, entre outros. A média de atendimentos médicos (consultas) ficou entre 8.000 e 9.000 por mês.

Caberia assinalar que algumas vezes alguns profissionais, embora sabedores dessa exigência e isso lhes seja constantemente solicitado pelo setor de Faturamento ou pela Direção, não registram a sua produção realizada a cada plantão ou não entregam no 'Faturamento' o formulário onde foram anotados seus atendimentos, o que acaba comprometendo o fiel registro de todos os procedimentos realizados. Além disso, não entram na produção do CMS os procedimentos realizados no Centro de Especialidades Odontológicas (sendo estes de alçada da Coordenadoria Municipal de Saúde Bucal) e as vacinas aplicadas contra doenças que estejam contempladas por campanhas nacionais de vacinação,

durante o período da campanha respectiva (esses atendimentos de campanha entram na contagem geral do município e são informados diretamente ao Ministério da Saúde).

Diante da realidade que até aqui apresentamos alguns questionamentos se impõem: quais seriam as possibilidades e limitações para que a gerência/gestão de uma Unidade de Saúde contribua de modo efetivo para a melhoria dos serviços ali prestados e para a transformação do conjunto do sistema de saúde brasileiro? Como, desenvolver uma *ergogestão* e, efetivamente fazer valer o ponto de vista da atividade em direção a uma outra forma de promover saúde e, em última instância, à outra sociabilidade?

5.1.4 - “Chegando junto” para marcar um Encontro. Intervenções através de um “olhar à lupa”

A expressão “chegar junto” tem sido utilizada em sentido figurado para fazer menção a situações diversas. Pode se referir à atitude de alguém que, flertando, vai pouco a pouco conseguindo se aproximar do seu pretendido ou de sua pretendida, com vistas a, finalmente, conquistá-lo(a).

Pode também significar a atitude de alguém que assume dividir com outros os ônus de uma empreitada qualquer. Por exemplo, dividir uma despesa ou, como se diz popularmente, fazer uma “vaquinha”.

Pode ainda relacionar-se à participação de alguém em tarefas coletivas, nas quais as responsabilidades e os méritos são compartilhados, conforme colocado por Schwartz (1998), em relação ao sexto ingrediente da competência.

Parece-nos que tal expressão remete a noções como respeito, interesse, valorização e consideração, o que, na atividade de diretor, passa pela atitude de trabalhar junto, viver junto, “pensar junto”, buscando conhecer a atividade real de quem trabalha, conforme veremos através do caso citado a seguir.

Em certa ocasião, uma funcionária da Farmácia do CMS declarou, ao fazer-me uma solicitação, que sabia que eu, como diretor, iria me esforçar para tentar atendê-la, já que eu “pensava junto” com eles, os funcionários.

No caso da atividade de diretor que desempenhei, verificamos que foi preciso um longo período, marcado por aproximações e distanciamentos, de delegação e assunção de responsabilidades, de estabelecimento de condições razoáveis de trabalho, de atendimento de algumas reivindicações mais contundentes, relacionadas às necessidades mais prementes, para que fosse possível estabelecer autoridade, respeitabilidade e as condições favoráveis para construir o momento oportuno, o *kairos* (na perspectiva dos gregos, explorada por Schwartz, 2000), as ocasiões em que o Encontro com o coletivo dos funcionários e com os usuários fosse sendo desenhado até poder acontecer.

Uma dessas ocasiões ocorreu nos primeiros dias em que assumi a função de diretor, em outubro de 2005, quando fui interpelado durante um intervalo da Conferência Municipal de Saúde por uma conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias (COMSADC), que, sabendo que eu havia sido bancário anteriormente, indagou-me em tom provocativo “o que um gerente de banco entende de saúde?”. Parecia querer colocar-me em xeque, buscando constatar até que ponto eu estava seguro quanto ao que pretendia fazer ao ocupar tal cargo.

Respondi dizendo-lhe que apesar de ter sido bancário, também tinha formação como profissional de saúde (psicólogo), sendo inclusive servidor público concursado daquele município, onde morei e trabalhei durante muitos anos e onde muitos de meus familiares ainda residiam e se utilizavam dos serviços do SUS. Não era, portanto um leigo. Tampouco desconhecia os problemas de saúde daquela localidade. Além disso, pontuei que, guardadas as devidas diferenças, a experiência administrativa adquirida numa instituição bancária poderia auxiliar-me a lidar com as questões administrativas de uma Unidade de Saúde. Compreendia que o estilo que eu empreenderia como diretor não poderia se descolar dos gêneros *bancário* e *psicólogo* (CLOT, 2006). Além disso, o lugar que ocupava enquanto representante do governo, não poderia se sobrepor aos demais. Sabia que eram múltiplas as minhas implicações e por isso as punha o tempo todo em análise, debatendo comigo mesmo e também com aqueles que acompanhavam profissionalmente e academicamente aquela trajetória.

Acompanhando o diálogo com a conselheira, a vice-diretora, que já a conhecia, aproximou-se e reforçou as minhas considerações. A resposta que lhe demos, naquele momento, pareceu lhe satisfazer. Então, a convidamos para visitar a Unidade e lá conversarmos mais extensamente. Ela disse que iria.

De fato, ao longo do tempo em que estive na Direção do CMS, mantivemo-nos sempre à disposição para receber e dialogar com os conselheiros, com os quais encontrávamos em diversas ocasiões oficiais (reuniões de COMSADC, do Conselho Gestor da Unidade, Conferências, etc.). Nessas ocasiões, a citada conselheira passou a ter um tipo de atitude diferente do primeiro encontro, demonstrando receptividade e fazendo elogios em público à administração do CMS, ressaltando que via de nossa parte abertura para o diálogo e interesse em realizar mudanças importantes para melhorias no atendimento aos usuários.

Tomo este exemplo para demonstrar que as condições para o diálogo não estavam dadas de antemão, pelo contrário, tiveram que ser construídas. O que existia de imediato eram principalmente as condições para o não-diálogo, para dúvidas e incertezas, para o afastamento, para a desconfiança, tanto da parte dos usuários quanto dos funcionários.

Seria preciso ir gradativamente conquistando a confiança e o respeito desses segmentos, além dos superiores hierárquicos, já que o convite para assumir o cargo não significava a manutenção nele. Manter-me lá dependeria do modo como conduziria aquela Direção, da resolução dos problemas e dos “ruídos” que lá existiam e dos resultados apresentados.

Nas palavras de um superior, eu estava assumindo “uma roubada”, tendo em vista tratar-se de uma Unidade extensa, complexa e problemática. No seu entender, lá seria necessário “um choque de gestão”.

De fato, a Unidade havia sido furtada pouco antes de minha chegada. A estrutura física e a localização da Unidade, próximo de comunidades carentes e da feira realizada aos domingos, onde eram vendidos produtos usados, eram elementos facilitadores de invasões para furtos no local. Esse era um dos problemas a enfrentar. Outras dificuldades referiam-se à administração de um efetivo de cerca de 250 funcionários e à melhoria do atendimento a milhares de usuários que para lá se dirigiam.

Contudo, não optamos pelo chamado “choque de gestão”, pois entendíamos que a gestão não deveria ser imposta, mas negociada. Também não deveria ser chocante, mas contagiante. Assim, optamos por uma atitude de investigar as características daquela Unidade, seus principais problemas, seus ‘gargalos’, seus “estressores básicos”. E para isso teríamos que contar com diversos atores, de modo que a construção desse conhecimento ampliado e a gestão dos entraves e

potencialidades lá existentes se exercessem com a participação do maior número possível de agentes.

Seria preciso gerir, gestando as condições desses possíveis encontros. Seria fundamental construir as condições materiais para dar magnitude e visibilidade ao trabalho coletivo, para dar concretude a uma autêntica relação de serviço, na qual deve haver comunicação autêntica, abordagem compreensiva, consideração pelo usuário, desenvolvimento de competências. Entendemos assim que deveríamos partir da análise das atividades que ali se desenvolviam para podermos intervir nas situações.

Para lidar com os pontos de conflito, com os 'gargalos', procuramos empreender uma análise do trabalho do ponto de vista da atividade, conforme o que é proposto pela Ergonomia da Atividade e pelas abordagens que lhes são afins. Portanto, as intervenções se orientaram de certo modo por uma visão ergonômica/ergológica, às quais eram compostas por uma visão *psi*, administrativa e pedagógica (no sentido freiriano do termo), tendo em vista minha formação acadêmica e as experiências anteriores como administrador e professor.

De certo modo, procurava, com esses múltiplos olhares, desenvolver uma gestão matricial, dedicada, afetiva e realmente interessada pelos problemas que afetavam os diversos agentes ali atuantes. Foi nesse movimento de busca que pudemos encontrar alguns dos pontos críticos, onde reforçamos as medidas de segurança (do patrimônio e do trabalho). Assim como vimos também a necessidade de demarcação (com placa sinalizadora) de um local em frente à Portaria, destinado ao estacionamento exclusivo de ambulâncias e outros veículos oficiais e mesmo veículos particulares que transportavam pessoas com dificuldade de locomoção e que antes tinham que ficar aguardando vaga para desembarcar.

Nessas atitudes o olhar de pesquisador ergológico também se colocava. A visão que se fazia à lupa para compreender os pequenos detalhes, por vezes precisava ser telescópica, alargada. O hibridismo contribuiu sobremaneira para o alargamento de meu ponto de vista e das possibilidades de intervenção. De onde se infere que um *ergogestor* deve saber jogar com as cartas que tem e não desprezar nenhum de seus trunfos.

Seguem alguns exemplos de como essa ótica híbrida e alargada contribuiu para a realização de intervenções pontuais, necessárias e, de certo modo, eficazes.

5.1.4.1 - O mural “invisível”

No primeiro dia em que fui ao CMS, assumir como diretor geral, cheguei cedo e fiquei próximo à cantina, aguardando a chegada do subsecretário que viria para me apresentar à equipe e me dar posse como diretor. Enquanto ele não chegava fiquei observando e, de súbito, algo chamou a minha atenção. Havia na parede, na entrada, um grande mural de cortiça, de 1,80 m de altura por 1,30 m de largura. Nesse mural não havia nada afixado, nenhum cartaz, aviso, qualquer informação. No mesmo dia, após ser apresentado à equipe, circulei pela Unidade com alguns servidores e indaguei sobre o mural: “Por que ele está vazio?” À minha indagação responderam que já haviam tentado várias vezes utilizá-lo, mas que haviam desistido, pois “as pessoas” (os usuários) arrancavam e rasgavam o que quer que fosse ali colocado. Fiquei surpreso, pois o cartaz estava localizado na entrada da Unidade, ao lado da Portaria, visível a todos os que por ali circulam. Mesmo com a resposta que recebi, resolvi imediatamente pensar em alguma estratégia, tendo em vista que considereei que aquele mural deveria conter informações sobre localização dos setores e salas, importantes para que as pessoas pudessem se localizar no interior da Unidade. Pensei em colocar uma cobertura de plástico grosso e transparente, o qual seria preso por trás do mural com pregos ou percevejos. Conversando com a Chefe de Enfermagem ela disse que já havia pensado nisso, mas nunca havia sido possível colocar em prática sua idéia. Resolvemos, então, agir. Ela se encarregou de elaborar os avisos e setas indicativas e eu de providenciar o plástico e solicitar sua colocação. Assim foi feito e durante mais de três anos e até o último dia em que lá estive como diretor o mural permanecia preservado, servindo de orientador para aqueles que se dirigiam ao CMS.

Desnaturalizando desde o primeiro momento o existente e suas condições abriram-se possibilidades de outras análises e intervenções sobre a realidade.

5.1.4.2 - As portas da per/recepção⁶⁸

Na esteira do processo anterior, a mesma servidora apontou que as salas de atendimento precisavam de identificação e sugeriu que numerássemos todas as

⁶⁸ Aqui, um jogo de palavras utilizando o título do livro de Aldous Huxley (1984), intitulado “As portas da Percepção”.

salas e colocássemos na porta de cada recepção uma placa com o nome do setor e número da sala. A maior “percepção” dela foi sugerir que as placas deveriam ficar presas ao batente das portas e não nas próprias, para que mesmo à distância, a pessoa pudesse identificar a sala que procura, já que a circulação das pessoas ocorre pela lateral e não de frente para as portas. Providenciamos as placas e todas foram colocadas. Um desdobramento dessa medida foi a colocação na portaria, à disposição dos porteiros, vigias e guardas uma relação com os números das salas de todas as recepções. Isso facilitou em muito o trabalho deles para orientar os usuários e evitou que as pessoas retornassem à portaria por não terem encontrado o local que procuravam. Indagados por mim sobre as consequências dessas medidas, porteiros e vigias disseram que facilitaram muito o trabalho deles, pois antes disso orientavam as pessoas, mas elas tinham dificuldade para localizar as salas que procuravam e, depois de circular pelos corredores e perguntar em diversas recepções, retornavam à Portaria, algumas vezes bastante irritadas.

5.1.4.3 – O “avesso do avesso” da folha de ponto

Ainda nos meus primeiros dias como diretor, observei que no Departamento Pessoal (DP) uma funcionária imprimia as folhas de ponto de todos os funcionários (mais de 200), embora houvesse uma única impressora funcionando na Unidade (que era tomada emprestada da Farmácia) e embora a Unidade, até aquele momento, não dispusesse de verba regular para compra ou recarga de cartuchos, o que muitas vezes atrasava a impressão de outros documentos. Aproximei-me e verifiquei que o papel utilizado para impressão era o próprio formulário de folha de ponto, com timbre e campos para todas as anotações, sendo utilizado o seu verso. Fiquei surpreso e perguntei o motivo. Recebi como resposta que era feito dessa maneira para que não tivessem que preencher os dados à mão, pois eram muitos os funcionários naquela Unidade e não haveria tempo para preencher todas as folhas de ponto até o início de cada mês. Imediatamente determinei que aquela conduta fosse suspensa por razões diversas, dentre as quais, por achar que outro modo de gerir essa situação seria possível e também por causa do desperdício de tinta e despesa com gráfica (tornada inútil) e dos inconvenientes causados pelos deslocamentos frequentes da impressora, quando retirada da Farmácia para ser levada ao DP ou ao setor de Faturamento. Apresentei duas sugestões: a primeira, que digitassem os dados de cada funcionário em computador e que a cada mês

imprimissem etiquetas (havia muitas disponíveis) com esses dados, colando-as nas folhas de ponto (no formulário impresso para esse fim), sendo significativamente menor a quantidade de dados impressos. A segunda sugestão foi que a preenchessem manualmente, começando com maior antecedência, preparando as folhas de ponto para o mês seguinte ao longo do mês anterior, dividindo-se a tarefa entre todas as funcionárias do DP. Elas optaram pela segunda sugestão. Depois descobrimos que havia pelo menos mais duas impressoras na Unidade em condições de uso, bastando apenas que fossem feitos alguns ajustes e instaladas. A instalação foi feita e o DP e o setor de Faturamento passaram a dispor cada um de uma impressora, não sendo mais necessário privar a Farmácia da sua.

5.1.4.4 - O carimbo da Farmácia

Funcionários da Farmácia (onde são estocados e dispensados os medicamentos comuns, controlados e excepcionais) solicitaram à Direção que fosse confeccionado um novo carimbo para que eles pudessem carimbar as receitas atendidas. Sabendo disso, uma representante da Secretaria de Saúde recomendou que fosse feito um carimbo automático, auto-entintado, pois ele é mais leve, com ele seria possível fazer menos movimentos e, assim, ele provocaria menos efeitos negativos às articulações. Antes de providenciar o carimbo tivemos uma conversa com os funcionários do setor para saber o que eles achavam. Por unanimidade eles optaram por um carimbo não-automático, mais pesado e que supostamente ofereceria menos “proteção” a eles. Preferiram esse carimbo por ser mais resistente, já que o outro tipo não resistiria muito tempo à intensidade da carga de trabalho e quebraria rapidamente. Assim, eles ficariam um tempo sem o material de trabalho, até que recebêssemos nova verba e pudéssemos confeccionar um novo carimbo. A quebra do carimbo acarretaria para eles outros tipos de problemas que preferiam evitar. Decidimos finalmente que o melhor seria comprar dois carimbos, um automático e o outro não-automático, e eles administrariam o uso de acordo com as necessidades e as características de cada funcionário e de cada guichê de atendimento. Este exemplo nos mostra que é preciso verificar com quem trabalha como se dá o seu trabalho. Não podemos ter uma visão mutilante do trabalho e julgar de nossa posição o que é melhor para o outro. Como nos alerta Jacques Duraffourg (2003), devemos fugir da tentação de simplificar o trabalho, de pensar

que as coisas são simples e que há uma solução para cada problema, bastando para resolvê-los que fiquemos na filosofia de sua aplicação. Um diretor não pode dizer “eu não quero saber”, “quem manda aqui sou eu”, ou “eu tenho a solução”. Ele tem que querer saber.

Foi ao lembrar desse episódio e de outros debates que tivera com o diretor e colegas de trabalho que a funcionária ressaltou a característica do diretor de “pensar junto”. Um caminho para pensar junto e conhecer passa por promover, estimular e participar de encontros que versem sobre o trabalho. Parece que só assim, tomando por base o conhecimento do que se passa no cerne do trabalho, pode-se decidir pelas atitudes mais adequadas.

5.1.4.5 - A “dança” dos guichês

Outro problema relacionado à Farmácia. Trata-se de um setor com grande quantidade de atendimentos diários, pois atende à demanda interna, à de outros Postos de Saúde que não dispõem de farmacêutico e de unidades do PSF do primeiro distrito, onde está localizado o CMS. Além disso, a Farmácia do CMS é o único pólo que atende Duque de Caxias e São João, distribuindo medicamentos excepcionais (de alto custo) fornecidos pelo Governo do Estado, para tratamento de diversas patologias. O fluxo de pacientes é contínuo e a clientela nem sempre bem-humorada e algumas vezes agressiva e violenta. Apesar desse grande movimento havia apenas dois guichês para atendimento, um para dispensação dos medicamentos comuns e outro para os medicamentos excepcionais. Os atendentes, literalmente, batiam cabeça, já que ficavam, em dias de muito movimento, três, e até quatro, em um guichê, tentando se revezar. Tentavam uma acrobacia/coreografia impossível de acontecer sem prejuízos. Enquanto um estava entregando os medicamentos, o(s) outro(s) iam buscar os medicamentos do cliente que aguardava. Claro que os tempos e movimentos se confundiam e às vezes vários atendentes chegavam junto ao balcão. Como na brincadeira da dança das cadeiras, alguém ficava de fora. Além disso, era comum um usuário pegar os medicamentos do outro achando que eram os seus. Diante disso tinham que alertar o usuário imediatamente ou ir atrás dele antes que saísse da Unidade. O que separava o

atendente do usuário era um vidro onde não havia nenhuma abertura à altura da cabeça, por onde pudessem se comunicar, o que fazia com que de ambos os lados fosse necessário se abaixar para falar pela abertura por onde passavam as receitas e os medicamentos e, muitas vezes, gritar para ser entendido, pois o barulho externo é muito alto por causa do trânsito de ônibus, carros e trens.

Após muitas solicitações aos órgãos responsáveis, finalmente conseguimos abrir um outro guichê, distribuindo melhor o pessoal. Também colocamos um outro vidro nos guichês, com abertura para facilitar o contato verbal. Essa nova disposição facilitou também o fluxo dos atendentes, sendo possível a partir de então ficarem até dois atendentes em cada guichê, revezando-se na entrega e na busca dos medicamentos.

5.1.4.6 - A marcação das consultas

Quanto à marcação de consultas, elas eram feitas nos próprios setores pelos recepcionistas. Com algumas exceções, praticamente todos os setores marcavam consultas para todos os usuários em apenas dois horários: para o turno da manhã às 8 horas e para o turno da tarde às 12 horas. Sabendo que cada médico deve atender 20 usuários por turno, e que é respeitada a ordem de chegada, percebeu-se que nesses horários únicos sempre havia aglomeração de pessoas entregando cartões e documentos e querendo ser atendidas primeiramente. Esses horários de pico do atendimento são geralmente os de maior tensão vividos pelos funcionários das recepções. Após muito discutir com outros membros da Direção, com outros servidores e com todos os atendentes, ficou decidido que cada turno seria dividido em dois períodos e que para cada período seriam marcados dez “pacientes” para cada médico. Ficou assim acertado: para o médico X seriam agendados dez pacientes para as 8 horas e dez para as 10 horas. Para o turno da tarde os horários seriam 12 horas e 14 horas. A tolerância para atraso seria de uma hora para cada período e após o horário de tolerância seriam feitos os encaixes das pessoas que comparecessem sem consulta marcada. Foi elaborada uma folha-agenda contendo esses horários e informações. Mesmo tendo sido amplamente discutida, essa medida não foi amplamente acatada, havendo setores que voltaram a fazer o esquema anterior e funcionários dizendo que não conseguiram manter o combinado por diversas razões, principalmente por pressão dos usuários. Alguns alegaram

dificuldade, disseram que a medida causou confusão, já que a norma era muito extensa e estabelecia diversos horários. Resolvemos rediscutir coletivamente essa medida para avaliar sua viabilidade ou para abandoná-la e talvez construir outra mais adequada.

5.1.4.7 - A política “Robin Hood”

Em diversos locais pode-se observar que quando algum medicamento ou insumo está em falta, alguns profissionais trazem de seus consultórios particulares ou, às vezes, pedem emprestado em outro local onde trabalham. Nessa aparentemente simples atitude devemos estar atentos que aí se configura um debate de valores: o valor de seu próprio trabalho, a angústia por não querer fazer um trabalho mal feito. Para um médico é um enorme problema prescrever sabendo que a pessoa não poderá comprar o medicamento. O debate sobre o valor Serviço Público também acontece, como, por exemplo, quando alguém traz de outro estabelecimento público um material que será utilizado em outro local, também público, para servir ao público, à população. Por exemplo, para atender àqueles que esperam ansiosamente o resultado de um exame que pode diagnosticar a presença de um HIV ou de um câncer de colo de útero. O exame pode deixar de ser feito por que falta um corante para as lâminas que irão para o microscópio ou o resultado deixar de ser entregue por que falta tinta ou papel para a impressora.

Uma técnica de enfermagem definiu essa atitude como “Robin Hood”, dizendo que “se tirava dos ricos para dar aos pobres” (de Unidades mais abastecidas para outras Unidades ou tendas de hidratação para pacientes com dengue, recém-inauguradas à época, devido ao avanço da epidemia no Estado).

5.1.4.8 - Os cartões improvisados

Por muito tempo a Unidade não dispôs de cartões impressos em gráfica para marcação de consultas. A solução encontrada pelos funcionários foi utilizar (cortando em quatro partes) uma folha de papel grosso, que tanto poderia ser o que fica no final de todos os blocos de formulários ou o verso de antigos cartazes de campanhas. Eles cortavam essas folhas em pedaços retangulares de igual tamanho e faziam de cada pedaço um “cartão”, colocando o carimbo do setor. Escreviam nele o nome do usuário, o nome do médico e, após cada consulta, a data de retorno.

Atualmente existe um formulário para essa finalidade e este foi distribuído pelo responsável pelo Almoxarifado para todos os setores, para que não mais usassem o “formulário” improvisado, já que o formulário próprio (timbrado), além de ser mais apresentável, permite que alguns pacientes que precisam apresentar o cartão de consultas para obterem alguns direitos, como o vale social, por exemplo, não tenham que apresentar um pedaço de papel com carimbo, pois este pode não ser aceito em alguns órgãos. Alguns recepcionistas ficaram insatisfeitos com esse novo formulário, pois alegaram que ele é muito pequeno e pode ser perdido com facilidade e que o papel é muito fino. Como os usuários são identificados pelo número do prontuário, se ele perder o cartão e não souber o número do prontuário ou não dispuser, no momento, de algum documento onde haja o número (uma receita, por exemplo), vai ser preciso procurar em diversos livros, o que demanda muito tempo do funcionário. Sugeri então que fizessem as marcações de consultas no formulário próprio, mas que o grampeassem no antigo, mais grosso e maior, com o qual o usuário já estava acostumado (geralmente não o jogam fora, pois gostam de ter seu histórico de consultas). Quando saí da Direção estávamos em fase de observação dos desdobramentos dessa medida.

5.1.4.9 - Ausência e vazio de normas

Ainda nos primeiros dias em que assumi a Direção, observando a quantidade de pessoas aguardando atendimento no setor de Saúde Mental, indaguei a uma atendente da recepção qual era o procedimento do setor para marcação de consultas, encaixes, liberação de receitas, laudos, etc. Ela disse que faziam de acordo com o que achavam mais adequado, já que até então não havia uma norma específica e que “cada um que passava por ali dizia uma coisa”. Após diversos encontros e longas discussões com as atendentes e os médicos decidimos por uma normatização escrita e disponibilizada para conhecimento de todos os servidores e usuários (exposta do lado de fora da recepção), na qual ficavam definidos horários e instruções para esses atendimentos. No início houve certa resistência por parte dos usuários de se adequarem a essa nova regulamentação, já que, anteriormente, na ausência de regras explícitas ou sustentadas, com alguma pressão feita às atendentes, aos médicos ou à Direção, acabavam conseguindo ser atendidos fora do dia ou do horário previsto. Amparadas por essa regulamentação as atendentes

declararam sentirem-se mais seguras para manter a organização e orientar os usuários.

5.1.4.10 – “Tu és responsável por aquilo que cativas”

Outro exemplo que, dada a sua riqueza, merece ser citado, especialmente porque pode também ser útil para vislumbrarmos os possíveis caminhos e descaminhos de uma proposta de *ergogestão*. Um dos problemas que havia no CMS acontecia nos banheiros externos destinados aos usuários. Eram frequentemente alvos de vandalismo. Pessoas furtavam os assentos sanitários, as luminárias. Furtavam até mesmo o papel higiênico ou o jogavam no vaso sanitário para entupi-lo. Deixavam torneiras abertas e desperdiçavam água. Claro, constantemente havia queixas dos usuários sobre o estado dos banheiros. Resolvemos iniciar uma campanha com cartazes solicitando que as pessoas não desperdiçassem água nem materiais e nem destruíssem os banheiros, pois estavam ali para servi-los. Compramos suportes de metal com chave, para mantermos o rolo de papel higiênico à disposição para uso sem que este pudesse ser levado. Foi designada uma funcionária para diariamente acompanhar o estado dos banheiros e verificar se os cartazes (que eu e ela elaborávamos juntos) permaneciam no local. No início, quase diariamente, ela tinha que refazer os cartazes, pois, eram arrancados. Assim, sentávamos diante do computador e pensávamos nos dizeres dos cartazes, procurando dar-lhes um caráter mais ‘sensibilizador’. Pensávamos também em onde poderíamos colocar esses cartazes para que permanecessem no lugar.

Quando começamos, ela parecia meio descrente da utilidade dessa conduta. Com o tempo mostrou-se mais interessada e passou mesmo a sugerir modelos de cartazes, buscar figuras na Internet, sugerir novas estratégias e fazer comentários sobre seu aprendizado com essa experiência.

Certo dia veio até a sala da Direção e disse que haviam arrancado novamente os cartazes. Eu lhe pedi para refazê-los e ela perguntou: “E se arrancarem de novo?”. Pensei então que talvez fosse necessário tentar descobrir por que as pessoas continuavam a arrancar os cartazes e daí elaborar novas estratégias, mas limitei-me a dizer-lhe: “Então não colocaremos mais”. Percebi em seu rosto uma enorme decepção, ao que ela me disse: “Mas o senhor... vai desistir...?”. Eu sempre me emociono ao lembrar dessa cena, pois ela me diz muitas

coisas. Percebi que havia sido atingido ali um ponto de não-retorno, algo a havia contagiado, ela havia se impregnado de um modo que me impressionou e ao mesmo tempo me impregnava também, me colocando diante de minha responsabilidade enquanto alguém que dirige, que deve ‘conduzir o barco’, mas também, parafraseando a raposa do Pequeno Príncipe, me apontava o quanto nós somos todos responsáveis por aquilo que cativamos. A partir daí, além dos banheiros, desenvolvemos uma campanha mais genérica no estabelecimento com slogans do tipo “Solidariedade Contagia” e “Gentileza gera gentileza”, procurando convocar e agregar os diferentes atores em torno de discussões diversas referentes ao funcionamento da Unidade. Vários funcionários e usuários engajaram-se nessa campanha, propondo e participando de diversas atividades, como a confecção de um jornal interno, uma exposição periódica de artesanatos produzidos pelos funcionários, reuniões e palestras com os usuários e a participação nas reuniões do GTH.

Lembramos aqui de Duraffourg (2003, p. 60) que, baseado em sua experiência como ergonomista em diversas empresas, afirma contundentemente que os problemas de higiene dos sanitários, lâmpadas queimadas, etc. são de suma importância, já que dizem respeito às condições concretas de trabalho e, se não cuidadas, podem “fazer ‘explodir’ a carga de trabalho de um operador”.

Ressalto aqui que ao assumir a Direção da Unidade as demandas eram bastante específicas, como a colocação de assentos sanitários e sabonete nos banheiros, realização de pequenas obras para reparos de ralos, pias e torneiras, instalação de aparelhos novos e ainda não utilizados (ar condicionado, capela de fluxo laminar, por exemplo), compra de cartuchos e papel para as impressoras e de material básico de escritório como canetas, grampos, cliques e elásticos (que até então alguns traziam de casa para poderem trabalhar).

Apesar do empenho das Direções anteriores, tal situação acontecia por que até então a Unidade não vinha recebendo verba destinada para aquisição desses materiais e para outras pequenas despesas, tendo que solicitar à Secretaria Municipal de Saúde seu envio ou a aquisição, o que, se dependesse de processo, tomada de preços, licitação, conforme exigência do Serviço Público, tornava-se algo por demais moroso.

Algumas dessas necessidades puderam ser sanadas quando o novo governo iniciado em 2005, com base em uma Lei já existente, garantiu, sob a rubrica Manutenção e Operacionalização da Secretaria Municipal de Saúde (conhecida como “Suprimento de Fundos”), a destinação a cada Unidade (em intervalos que chegavam a três meses) uma verba (para ser utilizada durante o período de 30 dias e apresentada a prestação de contas no prazo de 10 dias, a contar do término do período de aplicação do adiantamento recebido) para a realização de despesas que, “por sua natureza ou urgência, não possam aguardar o processamento normal”.

Tal expediente colaborou para minimizar alguns problemas, mas não os eliminou por completo. No entanto, possibilitou um maior reconhecimento do papel da Direção e permitiu maior proximidade com alguns funcionários, que se dispunham a discutir com a Direção e reivindicar suas necessidades, a serem sanadas com aquela verba. Muitos compreendiam que as dificuldades eram enormes e que era complicado geri-las.

A primeira tarefa foi tentar suplantiar no que fosse possível o modo degradado de produção, criando um ambiente onde houvesse condições mínimas de trabalho. Resolver situações para assegurar a higiene e a segurança das instalações, extremamente degradadas com o passar do tempo e pela falta de manutenção.

Administrar o pequeno orçamento citado teria que levar em conta que havia necessidades nos diversos setores, seria preciso consertar equipamentos, comprar insumos e materiais de escritório, que até então os funcionários traziam de casa para poderem trabalhar. E como saber o que seria necessário fazer, o que seria preciso consertar, o que seria imperioso comprar, quais seriam as prioridades? Acreditamos que é aí que se coloca a diferença entre a mera gestão de crises e uma postura que busca ser coerente com o que propõe a Ergologia. Primeiramente devemos ser movidos pela convicção de que precisamos buscar compreender o trabalho e transformá-lo. E não poderemos compreender o trabalho se não formos até onde ele acontece, onde a atividade se desenvolve, se não estivermos atentos aos debates de valores, às dramáticas de usos de si que estão ali presentes. Somente através desse movimento, demonstrando nosso interesse pelas micro-gestões que cada um empreendia para dar conta de suas tarefas, foi possível gradativamente ir construindo um *território* onde as reivindicações, os

questionamentos, as indagações, mesclando-se com as estratégias e alternativas advindas da inteligência da prática, resultaram em soluções criativas e produtivas, como visto em alguns exemplos acima citados.

Inúmeros outros exemplos poderiam ser listados, alguns dos quais veremos no próximo capítulo, como as estratégias de sair de cena, de usar a espiritualidade, de lidar com adversidades utilizando-se de catacreses (um cesto em cima de um ralo que exalava odor desagradável, por exemplo), além de outras medidas para qualificar o trabalho, evitar o desperdício e conseguir um melhor aproveitamento do material e da verba que a Unidade recebia. Como medida para reduzir os gastos com cartuchos de tinta para impressora onde eram confeccionados os laudos do Laboratório, funcionários sugeriram o conserto de uma impressora matricial que estava guardada no Almoxarifado, já que uma fita de impressora matricial custa cerca de 10 vezes menos e rende muito mais do que um cartucho. Essa medida foi tomada imediatamente quando a Unidade recebeu a verba para esse fim.

Outra sugestão foi dada pelo funcionário que fazia serviços externos, entre os quais retirar cópias de documentos e formulários. Observando que uma determinada folha-matriz continha 3 formulários pequenos (do mesmo modelo), sugeriu à Direção que se colocasse um maior número de formulários na folha-matriz, já que havia espaço para isso. Acatada a sugestão, solicitou-se a um funcionário conhecedor de Informática que tentasse realizar o que foi sugerido. Ele elaborou uma nova folha contendo 6 matrizes, o que reduziu em 50% o custo da reprodução daquele formulário. Aqui vemos algumas reservas de alternativas sendo exploradas de modo profícuo.

Retomemos o que foi colocado no capítulo 2, a propósito do paradigma matricial discutido por Maturana. Distanciando-se de uma gestão autoritária, impositora, hierárquica, uma gestão com base no paradigma matricial seria uma gestão amorosa, cuidadosa, dialógica, contagiante, cativante, mais coerente com o que entendemos como *ergogestão*. E assim apontar para os protagonistas do trabalho e para os gestores das gestões dos outros (SCHWARTZ; PRÉVOT-CARPENTIER, 2007) que é possível, como dizem os franceses “*travailler autrement*”, isto é, encontrar outros modos de trabalhar, levando em conta a riqueza da atividade humana. Só assim, pode-se conseguir o que consideramos

fundamental, que é ao mesmo tempo sua condição de existência e seu desdobramento, qual seja, o intercâmbio, a colaboração, a confiança, o respeito, a participação dos trabalhadores e dos usuários nesse projeto que deve ser, antes de tudo, de interesse da coletividade. E os coletivos só se formam através de diálogos e de encontros.

CAPÍTULO 6

A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.

CONVERSAS E ENCONTROS SOBRE O TRABALHO

A pesquisa empírica (especialmente com a realização dos Encontros sobre o Trabalho) possibilitou confrontar algumas idéias, alguns modos de trabalhar e de gerir. Falamos aqui de confrontação, conforme proposto por Faïta e Maggi (2007), e não de comparação. Esses dois autores apontam que a comparação implica, mesmo de modo implícito, um julgamento de avaliação: uma coisa é considerada melhor que uma outra. Esta não seria a proposta deles. O que lhes interessa é confrontar dois métodos, isto é colocá-los em perspectiva, a fim de apreciar suas características específicas, suas similaridades e diferenças, reconhecer suas fontes, até poder discutir sua compatibilidade e o quanto seria possível a utilização conjunta de ambos os métodos. Esta é também a proposta desta tese, confrontar métodos, modos de agir no meio de trabalho, modos singulares e coletivos de gerir o trabalho, a atividade.

Estudos científicos diversos têm demonstrado a fecundidade dos espaços de debate sinérgico e confrontação sobre a atividade (como zonas de desenvolvimento), reunindo os profissionais do conceito e os protagonistas do trabalho, estabelecendo-se o que vem sendo denominado de diferentes formas: uma “Comunidade Científica Ampliada” foi a denominação utilizada por ODDONNE et al. (1984). Durrive prefere a expressão “Encontros sobre o Trabalho”. Do campo da Linguística Dialógica, com base em Bakhtin, França (2002) propõe o termo “Comunidade Dialógica de Pesquisa”. Brito; Athayde e Neves (2003) por sua vez, vão propor a denominação “Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)”. Athayde⁶⁹ entende que no interior da CAP circula uma Comunidade Dialógica de Pesquisa e que ao longo do processo podemos ter Conversas sobre o Trabalho (quando temos relações diádicas ou triádicas) e Encontros sobre o Trabalho (quando se trata de relações entre um número maior de pessoas). Podemos citar alguns trabalhos acadêmicos, como as teses de doutorado de Borges (2006) e de Bastos (2008) e a

⁶⁹ Comunicação pessoal em reunião de orientação (janeiro de 2009).

dissertação de mestrado de Masson (2007), que utilizaram esse dispositivo no desenvolvimento de suas pesquisas.

O termo “Encontros sobre o Trabalho” foi o que mais usamos com os trabalhadores na experiência desenvolvida no CMS, expressão que muito nos agrada por conter nele a palavra *encontro*, que assinala tratar-se de uma experiência sobre a qual tem-se a expectativa de que vá além de uma simples reunião, buscando-se o *fazer grupo* (Barros, 2007). Para que haja um encontro é preciso que haja disponibilidade dos participantes para que se estabeleçam relações, entre outras as de confiança, sem as quais não pode haver desenvolvimento nem sinergia. Não se trata apenas de um encontro de trabalho, mas sobre o trabalho, onde cada um pode trazer a sua própria abordagem sobre a sua atividade, o seu trabalho e sua inserção no coletivo.

Santos-Filho (2007), em sua experiência cotidiana em Serviços de Saúde e como consultor do Ministério da Saúde observou que uma questão recorrente e impreterivelmente levantada em todas as Oficinas realizadas com a participação de trabalhadores trata-se do que as equipes mencionam como falta de momentos para conversar/reunir/“comunicar”. Daí o autor infere que:

Ao se pretender criar um dispositivo para enfrentamento dessa questão, pode-se incorrer no risco de se instituírem atividades de “reunião”, nos moldes de uma agenda essencialmente administrativa, o que evidentemente restringiria ou mesmo distorceria o papel de possibilitar espaços para as interlocuções e comunicações efetivas a que se referem (e desejam) os trabalhadores. E não é incomum observar-se que as reuniões ordinárias dos serviços de saúde cumprem muito mais frequentemente uma pauta administrativa, prescritiva, considerada desmotivadora pelos atores que delas participam. Então, do ponto de vista avaliativo, seria preciso ver além da existência desse dispositivo “reunião”, explorando outros sinais e parâmetros que demonstrem sua eficácia de acordo com os objetivos que nelas viriam embutidos (SANTOS-FILHO, 2007, p. 151, aspas do autor).

Cabe aqui lembrar que com a proposição da Política Nacional de Humanização pelo MS (à qual se vincula o autor acima citado) passam a ser discutidos com maior relevo nos debates no campo da Saúde as estratégias para qualificar (‘humanizando’) o atendimento aos usuários e para a melhoria das condições de trabalho dos funcionários. Assim, no CMS, especialmente a partir do ano de 2006, um grupo de trabalhadores passou a se ‘reunir’ com regularidade para discutir a respeito da chamada *humanização*, visando principalmente a alcançar melhorias no seu cotidiano de trabalho e no atendimento aos usuários. Desse grupo formou-se um coletivo, designado Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que desde então passou a desenvolver atividades e a realizar reuniões periódicas

(algumas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde – SMS, que já vinha recebendo orientações e diretrizes do MS).

O diretor geral da Unidade, assim como outros membros da Direção, participavam dessas reuniões. Em uma delas indagamos aos membros do grupo se eles ficariam mais à vontade para discutir sem a nossa presença, ao que eles prontamente responderam que preferiam que estivéssemos lá para podermos participar das discussões, ouvirmos as reivindicações e para que pudéssemos o quanto antes tomar as providências cabíveis. Continuamos assim, a participar regularmente.

Por volta do final do ano de 2006 e início de 2007 (antes de minha viagem para a França para realizar o estágio doutoral) foram trazidas às discussões informações sobre a tese de doutorado que vinha desenvolvendo e que tinha o CMS como campo empírico. Foi possível assim, gradativamente ir introduzindo algumas informações teórico-conceituais que interessaram ao grupo e que contribuíram para arejar o debate. Em dado momento, esse grupo compreendeu ter alcançado seus limites, já que as discussões não avançavam e não envolviam outros atores e as estratégias definidas não eram colocadas em prática, apesar da freqüente distribuição e redistribuição de 'tarefas'. Entendeu-se então que seria necessário buscar outras vias de desenvolvimento. Assim, foi decidido que se deveria ampliar o grupo e ampliar as suas perspectivas de análise a fim de tornar mais eficaz a sua atuação.

Então, entendemos que seria momento oportuno para sugerir uma forma de DD3P e na reunião do GTH ocorrida em 28/05/2008 foi proposta a participação de pesquisadores profissionais nas reuniões seguintes, de modo que estes pudessem contribuir com o andamento do grupo, juntando ao debate os conhecimentos e técnicas oriundos da comunidade científica. A proposta foi aceita e a primeira reunião com a presença dos pesquisadores ocorreu em 30/07/2008 no Centro de Estudos do CMS. Cumpre acrescentar que as descrições a seguir são fruto de discussões e de análises coletivas que envolveram diversos pesquisadores profissionais e trabalhadores. Por esse motivo o texto utiliza sempre o pronome pessoal na terceira pessoa ou os nomes daqueles que puderam ser citados, mesmo quando se trata do autor desta tese.

O contexto institucional e organizacional e os materiais de análise encontram-se na sinergia entre o dia a dia de trabalho e o que foi gerado nos Encontros. Eles se deram todos no local e horário de trabalho (das 14h às 16h, no Centro de Estudos, sala ao lado do DP/Direção). A construção do diálogo estabelecido contava com multiparticipação, estruturado com uma coordenação principal e secundária, considerando ter havido uma partilha entre o misto de diretor e pesquisador e os outros dois pesquisadores (com preferência por estes últimos). A participação era voluntária, ao mesmo tempo que considerava a possibilidade concreta de estar disponível naquele momento. O material discursivo produzido nos encontros, por nós entendidos no sentido de “falas como trabalho” (LACOSTE, 1995), não remetem exatamente às falas *no* trabalho e sim *sobre* o trabalho. Não obstante, considerando os *Encontros* desenvolverem-se entre colegas no local e horário de trabalho, na presença da Direção, poderíamos entendê-las como falas *de* trabalho, mesmo que falas ‘não operativas’.

Antes de passarmos à descrição dos Encontros serão feitas algumas considerações preliminares para que o eixo da análise fique explícito.

Verificamos que, sob a responsabilidade do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (PNH) do MS, foi publicado o “HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS” (BRASIL, 2006a), no qual constam:

- como um dos resultados esperados com a PNH: a implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde;
- como dispositivos da PNH: Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa, programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde e Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- como alguns dos parâmetros para orientar a implantação de ações/dispositivos: a viabilização da participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão e a promoção de atividades de valorização e cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Como se vê, o tema valorização tem estado presente nas proposições da PNH, sendo foco de publicações do grupo responsável por conduzi-la. Podemos

citar, como exemplos, uma cartilha do HumanizaSUS (PNH/MS) específica sobre o assunto e um livro (publicado com o apoio do Ministério da Saúde), que, entre outros temas, aborda também a *valorização* (BRASIL, 2006b; SANTOS-FILHO; BARROS, 2007).

Embora muitas vezes encampado pelo discurso governamental, a chamada 'valorização' do servidor público da saúde tem se mantido ainda em um horizonte longínquo. A campanha mais veemente tem sido muito mais ofensiva e depreciativa do que valorizadora, conforme vimos anteriormente.

Curiosamente, no ano de 2008, por ocasião da passagem do Dia do Servidor Público, 'comemorado' (?) em 28 de outubro, um grande banco privado brasileiro (onde cerca de 2 milhões de servidores públicos recebem seus salários, através de contrato firmado pelo banco com diversos governos) realizou uma campanha publicitária (no rádio, no jornal, na televisão e via mala direta) na qual procurou enaltecer/prestigiar a categoria aludindo ao fato de que brasileiros famosos como Monteiro Lobato, Carlos Drummond de Andrade e Vinícius de Moraes foram servidores públicos. Em que pese o empenho do grupo responsável pela PNH em promover ações de valorização dos trabalhadores, não se viu na mídia, na mesma época, uma campanha governamental de tamanha expressão quanto a realizada por esse grande banco (de interesse) privado.

Conforme visto no capítulo 2, Dejours (1995), um dos principais autores da abordagem Psicodinâmica do Trabalho (PDT), aponta para a importância do olhar do outro, na construção da identidade em situação de trabalho, da dinâmica do reconhecimento. Avançando na discussão sobre valorização/reconhecimento no CMS, poder-se-ia admitir que esse outro estaria representado pelos pares, pelos superiores hierárquicos, pelos usuários dos serviços, pelos governantes, entre outros. Mas qual a importância, qual o peso relativo da avaliação de cada um desses agentes?

A mobilização da contribuição do trabalhador na construção de uma obra comum, socialmente considerada útil, exige como contrapartida social uma prova, uma garantia deste investimento, retribuição pela contribuição apresentada. Trata-se, portanto, de elemento decisivo para o processo de "acabamento/realização de si" (DEJOURS, 1993, p. 227) de realização pessoal, de construção da identidade de uma pessoa, conforme a PDT. Nesta perspectiva, tal reconhecimento ofereceria

uma via socialmente valorizada para os conflitos vividos na vida, no trabalho, gerando possibilidades de sentido e prazer via trabalho, no trabalho. Sendo o contrário, emerge um tipo de sofrimento patogênico que deixa o trabalhador psicologicamente inseguro, alimentando sentimentos de injustiça que poderiam deslizar até mesmo para a paranóia (conforme Dejours em *O fator humano*), em dúvida acerca de si mesmo, de *sua identidade*. Enfim, para a PDT, a saúde mental no trabalho é, conforme Vézina (2003, p. 116), “o resultado de um equilíbrio dinâmico entre a necessidade de realização do indivíduo, as normas sociais de que ele depende e o trabalho, que impõe uma produtividade em um dado contexto”.

Athayde (2008), colocando o foco sobre a questão das regras que se elaboram nos mundos do trabalho, chama a atenção para a interlocução entre autores como Paul Ladrière, Patrick Pharo e outros, desde o Seminário de 1987 sobre Prazer e Sofrimento no Trabalho (DEJOURS, 1988), que, sob o ponto de vista da PDT, podem ser particularmente úteis para a análise da demanda por *bom-dia, boa-tarde*:

1. Na PDT os conceitos de *coletivo de regras* e *coletivo de ofício* são considerados indissociáveis: se detectamos a presença de regras de ofício isto nos indica também que há presença de quem as construiu: um coletivo (de regras). Prefere-se usar o conceito de *coletivo de trabalho* (CT), à diferença de grupo ou equipe (como foi explicitado por Damien Cru neste Seminário de 87), isto se deve, entre outras razões, a que se considera com o conceito de *coletivo de trabalho* um fenômeno que se constituiu – através de uma *atividade deôntica* (frequentemente subestimada nas análises feitas sobre qualidade e segurança, por exemplo), denominação dada pela Sociologia da Ética etc. – em uma comunidade estruturada por regras de ofício. Regras que são produtos de acordos normativos – ou seja, agregados à base do que é considerado válido, correto, justo ou legítimo – e que são elaboradas pelos CTs e remanejadas no dia a dia ;
2. As regras de ofício fazem parte da face oculta do trabalho. Elas não são inculcadas: as pessoas que delas têm conhecimento estão em condições de mobilizá-las sem prestar atenção a isso. Frequentemente, os novatos vão aprendendo-as à medida que involuntariamente as transgridem. Sua visibilidade emerge em momentos de crise, de litígio entre duas regras contraditórias, ou quando se revela necessário inventar uma nova regra.

3. Sabemos com a PDT (mobilizando a Psicanálise, etc.) que o real resiste e leva ao fracasso os procedimentos standardizados. Esta resistência do real à antecipação dos saberes estabilizados, revelando-os insuficientes, apela para a invenção de soluções inéditas, distanciando-se das soluções, dos caminhos balizados pelas consignas. É neste quadro que surge a dúvida: “ao fazer como fiz, terei feito bem?”. Ou seja, este contexto em que se engendram inovações em relação à tradição, em que não apenas se a recapitula, são geradas inquietude, angústia, sofrimento.
4. É preciso que essa dúvida que emergiu se transforme em certeza de que aquilo que se fez foi adequado, o que implica em uma mediação: a discussão com os parceiros do trabalho, aqueles que conhecem o trabalho real, a quem se chama “pares”;
5. A PDT distingue quatro diferentes tipos de regras, que podem ser quatro aspectos diferentes da mesma regra:

a – Regras sociais: organizam as relações entre as pessoas, e o fazem conforme um certo ideal de saber-viver e equidade, tendo em vista relações de compreensão e paz. Principais regras sociais: *polidez* (*politesse*, em francês), *apresentação de si* e *convivialidade*.

Para melhor compreendê-las é preciso saber que na vida do trabalho a desconfiança é primeira (os novatos o sabem, vivem esta experiência); a confiança e o viver juntos são conquistas, não são já-dados a priori entre os parceiros de trabalho. Vimos essa desconfiança inicial presente também nos primeiros Encontros entre os trabalhadores e os pesquisadores no CMS. Alguns trabalhadores manifestaram suas incertezas sobre as reais intenções dos pesquisadores e outros exteriorizaram seus receios de fazer algum comentário que pudesse prejudicar um colega.

O que é dado é pertencer à mesma equipe, mas os parceiros de trabalho raramente têm ocasião de se co-optar. Neste contexto os parceiros devem então aprender a se conhecer e a se estimar. E o fazem frente aos desafios colocados pelo trabalhar, desafios que trazem consigo – e para todos os parceiros – questões relativas à segurança, à qualidade do trabalho, à capacidade de dar conta da tarefa no tempo delimitado, etc. Vamos às principais regras sociais:

a.1- *Polidez* – ela permite – através de uma troca socialmente codificada, como dizer *bom dia*, ou *obrigado*, troca que qualquer um pode interpretar sem ambigüidade – atestar a presença do outro. As regras de polidez não são as mesmas, elas variam de um meio de trabalho a outro. Porque bom-dia no CMS é demandado, essa regra atesta o que lá?. Esta simples troca joga assim um papel cotidiano na confiança acordada (como dito, a desconfiança é primeira, demandando conquistar a confiança).

A polidez é apenas um elemento prévio – mas certamente indispensável – à dinâmica do reconhecimento do trabalho, ela não é o reconhecimento! A polidez atesta *somente* que aquele que saúda, agradece, ou se desculpa por incomodar, tem consciência da presença do outro *Somente?* Por um lado sim, pois os julgamentos efetuados na dinâmica do reconhecimento são pertinentes não às pessoas, mas são efetuados sobre o trabalho realizado. *Somente?* Ok, mas para que o trabalho do sujeito seja reconhecido, é preciso primeiro que ele exista ao olhar do outro. Um pré-requisito decisivo, portanto. Poderíamos identificar no comentário de ALM1, que alguns funcionários, que reclamam ser cumprimentados pelo Diretor, estariam se indagando: “meus superiores me reconhecem, meu trabalho é visto e valorizado?”.

a.2- *Apresentação de si* – Ela pode ser prescrita (um uniforme, por exemplo), mas ela é também objeto de co-construção no seio dos CT, ao ponto de que mesmo quando não há um uniforme definido, as pessoas ainda assim adotam um certo tipo de vestimenta adaptada às diferentes exigências daquele meio de trabalho. O jaleco, na área de Saúde, é bem característico dos médicos e enfermeiros, mas outros, mesmo sem que lhes seja exigido, utilizam-se de roupas brancas, aventais, etc., visando a marcar seu pertencimento àquela ‘tribo’.

a.3- *Convivialidade no trabalho* – ela joga um papel capital na busca de coesão de equipes e na manutenção durável da cooperação. É porque as pessoas têm em comum a curiosidade (para a Psicanálise, considerando a produção dos enigmas infantis e seus encaminhamentos, trata-se da epistemofilia engendrada na pequena infância, pulsão de saber, amor pelo conhecer, sendo a atividade de brincar – expressão espontânea da criança saudável – a mediação privilegiada

da simbolização infantil, bem anterior à linguagem) e o interesse em partilhar com os outros sobre o trabalho – os modos operatórios, sua capacidade técnica, suas dificuldades, segredos, seu valor, seu sentido pela coletividade e sobretudo por si mesmo – por isso as pessoas têm prazer de estar juntos para prosear e celebrar festas.

É nos espaços informais, lateralmente às reuniões oficiais de equipe que se discute a prática do ofício (algo que só se pode discutir com as pessoas do ofício – gente que se compreende com base na experiência comum), onde se critica os procedimentos, se reajustam as regras de ofício etc., ou seja, onde se transmite e renova a cultura técnica. Dado que a convivialidade não se prescreve, isso implica que haja tempo para passar juntos, implica que haja estabilidade na equipe. Isso é imprescindível, necessário, mas não suficiente. É preciso também que existam as condições propícias à discussão contraditória sobre o trabalho, os procedimentos. Tal discussão implica em que a defasagem entre o prescrito e o real possa estar na pauta de discussão, nas transformações da organização do trabalho. Nesta dinâmica, se o tempo de convívio é um mediador da discussão sobre o trabalho, esse tempo de convívio se deteriora caso esta discussão esteja comprometida (caso a distância entre o prescrito e o real não possa estar em pauta).

A convivialidade no trabalho se organiza de maneira diferente em função das diferentes situações. Tanto pode ocorrer durante o tempo de trabalho (em lugares diversos: cozinha, cafeteria, vestiários, xerox, transportes etc.) e fora dele (no bar da esquina, nos jantares nas saídas coletivas, nos clubes etc.). Considerando o extra-trabalho, fica evidente que algumas pessoas têm menos possibilidades que outras para seu desenvolvimento (mulheres com filhos etc.). Considerando tudo isso, nada simples, a qualidade do convívio deve ser analisada no detalhe, à lupa.

Esses tempos de convívio são muito importantes também porque neles se constroem e se reiteram no cotidiano os sistemas coletivos de defesa. Mas se as defesas participam sempre da economia normal de um CT, todavia existem formas de convivialidade estritamente defensivas, exatamente engendradas para permitir “segurar as pontas”. Elas emergem quando já não existe nenhuma

solidariedade de trabalho, nenhuma referência para as cooperações. Estas formas de convivialidade, específicas das ideologias defensivas de ofício, são facilmente detectáveis. Por exemplo, um tipo de discussão, isenta de qualquer referência às atividades e regras de ofício, principalmente centradas em 'histórias', pilhérias. Não é raro que o alcoolismo e a compulsão alimentar façam parte deste contexto.

b. Regras técnicas: Não se reduzem à técnica, elas denotam também uma certa "arte de viver", fundada sobre regras sociais e uma cultura de ofício. Elas compreendem também uma dimensão ética – sendo a precipitação fonte de fracasso e acidente – e daí ela se impõe mesmo contra a opinião do chefe. Um exemplo disso foi o não cumprimento por grande parte das atendentes de recepção das novas regras estabelecidas pela Direção sobre o horário de marcação de consultas e encaixes. As que não incorporaram as novas regras alegaram que tiveram dificuldade de entendê-las ou de lidar com os usuários que se recusavam a aceitar a mudança. Preferiram assim, assumir os riscos da transgressão e operaram com as regras anteriores, com as quais tinham melhor desenvoltura.

c. Regras languageiras – elas são condição da intercompreensão no seio dos coletivos. Para se compreender é preciso partilhar o mesmo jargão (a língua de ofício), o que cria obstáculos para a intercompreensão, considerando aqueles que não partilham a mesma comunidade de experiência e de linguagem. O jargão profissional tem a vantagem e o inconveniente de descrever atividades complexas sobre formas sintéticas e econômicas, em situações em que é necessário se fazer rapidamente compreender (daí a utilização frequente de siglas ou abreviaturas). O vocabulário especializado é então condição de intercompreensão com outrem, ao mesmo tempo que contém o risco de uma perda de sentido. Para quem intervém, de fora do meio de trabalho, cada termo do jargão contém uma riqueza de experiência que precisa ser explicitada no detalhe.

Por fim, é importante ter claro que as regras languageiras são estreitamente articuladas com as regras defensivas. Daí, se a regra languageira diz determinadas coisas sobre o trabalho, fazendo uso de determinados vocábulos, pode-se também dizer que ela deixa de dizer outras determinadas coisas, pois ela é construída de modo a não fazer uso de outros vocábulos.

d. Regras éticas: ética é a perspectiva de “vida boa”, segundo a qual nossas ações se inscrevem na construção do mundo em que desejamos viver e que queremos transmitir, em função de uma certa idéia de felicidade. A perspectiva ética do trabalho é primordial do ponto de vista do sentido que se deseja dar à vida. As regras éticas são como que o ápice do edifício deontico. Quando as pessoas não chegam a se colocar de acordo sobre valores que regem a atividade, o CT desmorona como um castelo de cartas.

Elas fixam o que é justo fazer e o que não é. Lembremos que a atividade é, em si, exterior ao bem e ao mal (por exemplo, fabricar componentes eletrônicos podem participar tanto da fabricação de uma aparelhagem médica quanto de uma arma). Assim sendo, saber se o que se faz é justo ou não, um bem ou não, exige debate.

Dejours (1995) assinala a necessidade de levar em consideração na análise da relação dos sujeitos com o seu trabalho não somente as dimensões econômicas, mas também as dimensões que ele denominou de *não-materiais*, isto é, as dimensões psicológicas e simbólicas, e mesmo as dimensões comunicacionais. Poderíamos aqui recorrer a Schwartz (2000, 2003) e falarmos de dois tipos de valores: os valores dimensionáveis e os valores sem dimensão, imensuráveis.

Buscando analisar o envolvimento das subjetividades no trabalho e a dimensão psicodinâmica da relação homem-trabalho, os estudos de campo em PPT/PDT apontaram em uma direção oposta àquela das pesquisas em que o fator humano no trabalho era concebido de forma pejorativa. Estas pesquisas, que geralmente orientam o discurso dos dirigentes e especialistas, estão voltadas para a análise da segurança dos equipamentos técnicos e das instalações (segurança) e da confiabilidade (a qualidade do trabalho efetuado pelos operadores) e tenderiam a responsabilizar os trabalhadores pela maioria (se não todas) das falhas no processo produtivo. Contrariamente a essa concepção, os estudos em PPT/PDT mostraram que os próprios trabalhadores valem-se de uma série de procedimentos para garantir a segurança das pessoas e a segurança das instalações, contribuindo com sua inteligência criativa, muitas vezes, para superar as dificuldades e minimizar os riscos atinentes ao seu ofício.

No entanto, certas condições são requeridas para que haja o envolvimento e a mobilização da inteligência criativa no trabalho e para que esta tenha maior utilidade e eficácia. Além das condições psicológicas singulares da inteligência astuciosa, é preciso, para que ela seja posta em andamento, que se reúnam também condições sociais, que suas descobertas sejam validadas pelo coletivo.

Prescrição

Primeiramente é preciso que haja uma demanda, uma prescrição, uma regra, para que a partir dela possa se engendrar a subversão do prescrito. A prescrição é útil na medida em que fornece as bases para conceber o trabalho. Torna-se perniciosa apenas quando é instituída como verdade, limitando as possibilidades de ação e bloqueando a manifestação e movimentação da inteligência que opera por desvios, subvertendo, transpondo e exorbitando o prescrito.

As normas, as regras, o prescrito são extremamente necessários para orientar a atividade, para que sejam atingidos os objetivos propostos. O problema é achar que elas são suficientes e que apenas isso pode dar conta da complexidade das situações. Existe todo um patrimônio de normas antecedentes (entre as quais a legislação, os contratos de trabalho, os protocolos de atendimento) que devem ser seguidas e que remetem ao viver e trabalhar em coletividade. Não temos que inventar a roda a cada dia, por que ela já foi inventada e sabemos que funciona. Mas temos que fazê-la girar, colocá-la em movimento! E isso os trabalhadores o fazem. Então, um administrador que procure ser coerente com a *démarche* ergológica, deve se interessar por acompanhar como a roda gira. Como ela, apesar dos inúmeros problemas (os quais devemos ter clareza de que existem e sempre existirão) continua a girar. Como os trabalhadores fazem para mantê-la em funcionamento? Quando ela gira melhor e quando ela emperra? Procurar conhecer seus fluxos e refluxos. Enfim, aquele que pretende desenvolver uma ergogestão tem que se aproximar de onde a atividade acontece, entendendo o conceito de atividade como propõe a Ergologia, como um debate de normas, um debate de valores (SOUZA; VERISSIMO, 2009).

Transparência/Visibilidade

A segunda condição está intimamente relacionada com a primeira. Subverter a prescrição é um desafio que pressupõe riscos. Para assumir os riscos, é preciso

dar transparência/visibilidade ao que é feito. Os riscos devem ser conhecidos e compartilhados pelos pares e pelos superiores.

O investimento desta inteligência ao sabor estrito dos desígnios individuais pode gerar acidentes, problemas graves na produção. Para que as regras possam ser transmitidas entre os agentes, é necessário que os modos operatórios inventados por cada agente possam ser conhecidos pelos outros: é importante que sejam visíveis (ATHAYDE, 1996).

Vemos em alguns locais, por exemplo, que quando algum medicamento ou insumo está em falta, alguns profissionais trazem de seus consultórios particulares ou, às vezes, pedem emprestado em outro local onde trabalham. Nessa aparentemente simples atitude devemos estar atentos que aí se configura um debate de valores: o valor de seu próprio trabalho, a angústia por não querer fazer um trabalho mal feito. Sabemos também que para um médico é um enorme problema prescrever sabendo que a pessoa não poderá comprar o medicamento.

O debate sobre o valor Serviço Público também acontece, como, por exemplo, quando alguém traz de outro estabelecimento público um material que será utilizado em outro local, também público, para servir ao público, à população, para atender àqueles que esperam ansiosamente o resultado de um exame que pode diagnosticar a presença de um HIV ou de um câncer de colo de útero. O exame pode deixar de ser feito por que falta um corante para as lâminas que irão para o microscópio ou o resultado deixar de ser entregue por que falta tinta ou papel para a impressora. Também vimos essa discussão a respeito do desperdício ou mau emprego do material entregue pelo Almoxarifado. Tudo isso está presente no cotidiano de quem trabalha e é preciso que estejamos atentos e vigilantes para sanar essas dificuldades e também – embora ainda assim o risco exista – para não julgarmos, para não cometermos injustiças, para não decidirmos sem levar em consideração todas as questões em jogo, todos os debates que acontecem no interior de cada um de nós, todo o tempo e não somente quando estamos em nossos locais de trabalho (SOUZA; VERISSIMO, 2009).

Dinâmica do reconhecimento

Como já assinalamos, a validação do uso da inteligência astuciosa passa pelo reconhecimento. Este funciona em dois registros. O primeiro trata-se do reconhecimento, por parte da hierarquia, da qualidade do trabalho executado e da engenhosidade empregada para realizar as tarefas, mas também dos méritos do trabalhador quanto aos riscos enfrentados para atingir os objetivos de seu trabalho. Neste caso, o julgamento efetuado sobre o trabalho é um “julgamento de utilidade” (DEJOURS, 1995, p. 297).

O segundo registro do reconhecimento é aquele realizado pelos pares (aqueles que têm competência na matéria), os quais efetuam um “julgamento de beleza” (DEJOURS, 1995, p. 298), avaliando a originalidade do modo operatório singular em termos de elegância, de rigor e de engenhosidade e reconhecendo o agente como par: “Os julgamentos têm em comum uma particularidade: serem dirigidos sobre o trabalho realizado, ou seja, sobre o fazer e não sobre a pessoa” (DEJOURS, 1993, p. 227).

Dejours e Abdoucheli (1994b) assinalam que o sujeito capitaliza o reconhecimento no registro do *ser*, pois o que mobiliza a habilidade, a engenhosidade, a inteligência e a criatividade é, fundamentalmente, a busca da identidade, isto é, aquilo que torna o trabalhador um sujeito único, sem igual. Para esses autores, a passagem necessária pela validação social leva a considerar a sublimação como um processo social e historicamente situado. Seria através do reconhecimento que se desenvolveria o processo de mudança do objeto da pulsão, já que este ocorre no registro da ação, e não da sexualidade; nas relações sociais, e não nas relações eróticas.

Sobre a dinâmica do reconhecimento e o debate de valores podemos ilustrar com um brilhante exemplo fornecido por uma Técnica de Laboratório (TL1), que comentou no 3º Encontro que quando tem em suas mãos um pote com escarro ou fezes para analisar clinicamente entende que por trás daquele pote está uma pessoa, ansiando pelo resultado. TL1 declara que quando pega um pote lembra que o material clínico pertence a uma pessoa, que necessita daquele resultado para se tratar, se cuidar. Ela *humaniza* o pote e fala de sua angústia quando, por algum

motivo, os resultados atrasam, pois pensa na pessoa que aguarda aquele resultado com ansiedade.

No 4º Encontro tivemos a participação de dois veterinários (que atuam na pequena sala existente no CMS, ocupada pelo pessoal do Controle de Zoonoses), que viram o cartaz convidando para o Encontro e resolveram participar. Esses dois profissionais relataram o quanto sua atividade com animais está intimamente relacionada com os humanos. Tanto o relato de TL1 quanto dos veterinários remetem-nos ao que acentua VAZ (1997, p. 238), calcado em Bruno Latour: “os artifícios fazem intervir os não-humanos na história humana: a força dos elementos, os minerais, os animais, as bactérias e até o vírus”.

O que parece indignar os profissionais de saúde é que, geralmente, eles são acusados de ‘desumanos’, de tratarem as pessoas como coisas ou como animais (‘cachorro’ é o que mais comumente se ouve). Contudo estão aí exemplos encarnados do contrário. Por isso tantos se queixam declarando que “nunca recebemos um elogio, só reclamações”.

Coordenação

O reconhecimento está intrinsecamente relacionado com as regras comuns relativas ao trabalho. É fundamental para construir as relações de confiança e os laços de cooperação, o que pressupõe a coordenação das diferentes formas de trabalhar. Mas a coordenação não pode ser prescrita, já que envolve a cooperação. Esta diz respeito à liberdade dos sujeitos e à vontade de trabalhar em conjunto.

Cooperação

Segundo Dejours (1995), a cooperação supõe condições subjetivas precisas. Assim como a coordenação, a cooperação não pode ser prescrita. Seu elo essencial é a confiança. Esta passa fundamentalmente pelos acordos normativos entre os sujeitos. Em sua base estão as regras comuns, que permitem reajustar o prescrito, fazer opções e tomar decisões, com base não somente em argumentos técnicos, mas também em “argumentos de experiência, de intuição, e argumentos que implicam subjetividade, intersubjetividade e ética” (DEJOURS, 1995, p. 303). Daí se depreende que a cooperação funda o coletivo de trabalho e supõe a

configuração de práticas de linguagem específicas, um sentido compartilhado pelos membros do coletivo, além do estabelecimento de relações de solidariedade.

A confiança e a solidariedade formariam as condições necessárias (mas não suficientes) para que se possam estabelecer as relações intersubjetivas (em seu sentido psicodinâmico). A transformação do sofrimento em iniciativa e em mobilização criativa, as condições de prazer no/com o trabalho, o direcionamento no sentido do fortalecimento da identidade e da saúde, o estabelecimento de regras de trabalho (ou regras de ofício) estariam na dependência das possibilidades do uso da palavra pelos trabalhadores e da existência de um espaço público de discussão (mesmo que se trate de um espaço público interno da empresa).

Caberia aqui indagar sobre as condições necessárias para, uma vez existindo esse espaço público interno, como ampliá-lo de forma a envolver o conjunto de trabalhadores e a sociedade nas suas discussões e encaminhamentos?

Schwartz (2003) afirma que os termos *coordenação* e *cooperação* têm seus inconvenientes. Para ele, os economistas deixaram uma herança muito forte sobre a ‘coordenação’, notadamente a coordenação pelo mercado, que tem esta característica de criar, regular as relações entre os homens, aparentemente sem que houvesse qualquer vontade consciente.

Quanto à *cooperação*, reconhece que ela tem a ver com o trabalho feito por uns e por outros, o trabalho de ajustamento recíproco, afirmando que se ajustar uns aos outros já é propriamente um trabalho. Aponta, que, no entanto, alguns preferem efetivamente “trabalhar sozinhos”, entre aspas, para não ter que fazer este trabalho de ajustamento com os outros, que tem um custo.

O termo *cooperação* para ele parece um pouco vago. Prefere assim, o termo *sinergia* por que comporta um pouco mais da complexidade de um fenômeno que pode passar pela linguagem, pelas invenções *linguageiras*, pelos gestos, pelas posturas em relação aos outros. E isto é necessário, sobretudo, para que não se tenha a falsa idéia de que esses trabalhos de ajustamentos recíprocos são facilmente descritíveis e identificáveis. Entende o autor que a dupla “coordenação – cooperação” dá uma direção, mas isto não ocorre sem que haja também um risco de simplificação das dimensões do trabalho.

Marx assinalou que os elementos do processo de trabalho são três: primeiro, o trabalho em si, uma atividade produtiva com um objetivo; segundo, o(s) objeto(s) sobre o qual (os quais) o trabalho é realizado; e terceiro, os meios que facilitam o processo de trabalho. Os objetos de trabalho e os meios de trabalho, em conjunto, são chamados de “meios de produção”.

Os meios de trabalho incluem tanto os elementos que são precondições essenciais para o funcionamento do processo de trabalho, embora com ele se relacionem indiretamente (canais, estradas, etc.), como os elementos através dos quais o trabalho se exerce sobre seu objeto, como as ferramentas. Esses últimos são sempre resultado de processos de trabalho anteriores, e seu caráter está relacionado ao grau de desenvolvimento do trabalho e às relações sociais sob as quais ele é realizado. (BOTTOMORE, 2001, p. 299).

Como esperar que o processo de trabalho se desenvolva quando algum(ns) desses elementos está(ão) ausente(s)?

Pode-se observar, no campo da Saúde Pública, que é comum incidir-se no erro do estabelecimento de metas idealistas àqueles que estão na ‘ponta do sistema’, sem a oferta dos meios necessários para que elas sejam atingidas.

Ainda se pode ver, emanando dos discursos oficiais, em diversas instâncias governamentais (municipais, estaduais e federal), a idéia de que se deve reconhecer a existência de importantes problemas estruturais⁷⁰, mas frisando que a superação desses problemas é algo necessário, mas não suficiente. Podemos, sem risco de erro, concordar com a afirmação, porém, resta saber se, ao se acenar com propostas do tipo “Humanização da Saúde Pública” sem um debate aprofundado sobre o que está subjacente em cada realidade local e quais as condições de base para sua efetividade, pode-se incorrer no risco de mascarar ou desviar questões básicas, fundamentais, que, se não enfrentadas e suplantadas, impedem qualquer tipo de desenvolvimento ou avanço.

⁷⁰ Como, por exemplo, o não cumprimento por parte dos governos estaduais e municipais da exigência legal de implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) para o repasse de recursos específicos, oriundos do governo federal. Os salários aviltantes pagos aos profissionais, do que resulta muitas vezes na busca de múltiplos vínculos e jornadas, com o conseqüente não-cumprimento integral da carga horária contratada. Pode-se acrescentar ainda a falta de estrutura física adequada para o desenvolvimento das atividades precípuas de cada Unidade; a insuficiência (ou falta de planejamento adequado para aquisição e distribuição) de insumos e medicamentos; a inexistência de um estudo pormenorizado para o levantamento do quantitativo real de pessoal; a necessidade da melhoria das condições de trabalho; a ínfima participação da comunidade e o controle social insatisfatório em muitas localidades, o desconhecimento ou o desinteresse acerca do trabalho efetivamente realizado pelos profissionais de saúde, etc.

Quanto a esse ponto entendemos que o apelo presente no discurso enunciado pelos trabalhadores do CMS seja o de se desenvolver estratégias para a *humanização* dos serviços de saúde partindo-se do concreto para o abstrato, admitindo-se que para aquela realidade local existe um histórico passivo de dificuldades a superar. Trata-se inicialmente de uma reivindicação de reivindicar, de expor suas dificuldades materiais e psicológicas no trabalho. Como ponto de partida, sugerem que se volte o olhar para o que as pessoas estão vivenciando em seu ambiente de trabalho e que se deflagre um processo em direção à resolução, primeiramente, de alguns problemas de base ainda existentes, como aqueles referentes ao ambiente de trabalho, tanto no que concerne ao aspecto físico (instalações, meios de trabalho) quanto em seu aspecto relacional. Não é à toa que as demandas iniciais situaram-se num plano que vão desde um “bom dia, boa tarde” (demandas de convivialidade, acolhimento, companheirismo, cumplicidade) até à necessidade de um planejamento para evitar falta ou insuficiência de alguns materiais. Como visto no capítulo anterior a Unidade carecia de assentos sanitários, material de escritório, aparelhos diversos, etc.

Nesse sentido, para mantermo-nos no âmbito do que já está sendo proposto pela PNH e sem destoar dela, pensamos que a ênfase inicial para aquela realidade local, o CMS, deveria ser posta no quesito ambiência, discutindo-se e definindo-se ações concretas para produzir/provocar a transformação da Unidade de Saúde em um local “valorizado e valorizador”, isto é com recursos suficientes e adequados para ser efetivamente acolhedora, respeitosa à dignidade humana, um ambiente “suficientemente bom”, não adoecedor e sim facilitador de relações, de cuidados preventivos e curativos e de resolução dos problemas de saúde de sua clientela e, ao mesmo tempo, atento às demandas daqueles que lá trabalham. Isso se vincula necessariamente a outras importantes medidas, como uma discussão coletiva em torno do que deve ser implementado para que haja *valorização* dos trabalhadores (tanto no plano subjetivo como no monetário, também ele, especialmente em países como o Brasil, com forte importância em termos da dinâmica do reconhecimento) e passa pela abertura (muitas vezes temida e/ou indesejada) à participação da comunidade e pelo incremento do controle social, direitos conquistados na letra da lei, mas que ainda precisam ser consolidados e efetivados na prática.

Caberia assinalar quanto a este ponto que no município, há mais de uma década, um grupo de pessoas vêm participando ativamente como membros do segmento de usuários do Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias (COMSADC) e dos Conselhos Gestores de algumas Unidades. Essas pessoas ingressam no COMSADC como membros eleitos pelas entidades representativas da sociedade civil, como as associações de moradores, Movimento União de Bairros (MUB), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB, Seção Regional/DC), Conselho Comunitário de Saúde (CCS), clínicas e hospitais particulares e universidades, etc. As reuniões abertas do COMSADC acontecem ordinariamente em intervalo mensal. As reuniões ordinárias da Executiva do COMSADC ocorrem semanalmente. O COMSADC conta com um Secretário Executivo, nomeado pelo Prefeito. O Presidente do COMSADC é o Secretário Municipal de Saúde.

O CMS (assim como outras Unidades Municipais de Saúde) conta com um Conselho Gestor, composto paritariamente pelos membros dos três segmentos (6 usuários, 3 trabalhadores e 3 membros da Direção), em conformidade com o Regimento que orienta esse procedimento.

Não obstante, verificamos, durante o período em que estivemos na Direção Geral que, desde 2006 (quando novos membros tomaram posse, após eleitos, para compor o Conselho Gestor da Unidade) poucas reuniões puderam ser realizadas oficialmente, pois o quorum regimental não era alcançado, tendo em vista a ausência, seja de membros do segmento de usuários, seja de membros do segmento de trabalhadores. Das 33 reuniões agendadas de abril de 2006 a dezembro de 2008, apenas 5 foram efetivamente realizadas, estando suas atas registradas em livro próprio. Um dos motivos dessas ausências pode ser atribuído ao fato de que, dado o número insuficiente de interessados, alguns desses membros acabam por assumir inúmeras funções, chegando a participar de Conselhos Gestores de diversas Unidades, além de terem seus afazeres em sua entidade representativa. Alguns, além de atuarem também como Conselheiros do COMSADC e do Conselho Estadual de Saúde, participam de Conferências e outros eventos como representantes locais.

Seria importante uma maior divulgação à população da importância da participação popular e do controle social e do que vem sendo objeto de discussão e

conquista com essa prática, para incentivar o engajamento de novos membros, o que poderia oxigená-la.

Essa participação, quando ocorre, tem possibilitado uma maior aproximação entre os diversos segmentos e um diálogo muitas vezes útil e produtor, no que tange, inclusive à sensibilização de cada um para as demandas, necessidades, limites e potencialidades do outro.

Autor com grande experiência na prática profissional na *ponta* do sistema, inclusive internacional, Botazzo (1999) indaga, com muita propriedade, se a sensibilização do trabalhador não estaria melhor resguardada se o abrigasse uma *organização sensível*, lugar de formação de um *trabalhador sensível*? Pergunta-se: caberia a que atores a construção dessa *organização sensível*?

Ao referir-se aos usuários, a quem são destinados os serviços públicos de saúde, Botazzo assinala que é fraco o desejo (o interesse) dos governantes por aqueles que permanecem no decorrer da história na mesma condição, mantidos em sua formação dispersa e fragilizada, que é a condição mesma de sua existência social, a de exército de reserva, a de mão-de-obra marginal. E conclui que no campo da saúde pública são poucos os recursos e os investimentos por que não interessa ao Estado (poder público) pagar altos salários ao médico ou ao enfermeiro que devem cuidar desse tipo ou classe particular de corpo.

Os que são chamados ao trabalho social de manutenção dessa economia, em nível mínimo de funcionamento, recebem um salário cujo valor corresponde ao valor social de seu objeto: por essa via a existência desqualificada dessa clientela, *seu pouco valor*, penetra o setor público e nele se deposita como o elemento concreto que vai qualificar o trabalhador em saúde e seu trabalho (BOTAZZO, 1999, p. 159-160).

Botazzo recorre a Marx, que em outras palavras, acrescenta que o escasso valor social dos consumidores (no caso, dos serviços públicos de saúde) determina o valor a ser atribuído pelo Estado ao trabalho que o profissional realiza.

Um debate de valores está aí presente, entre os valores *saúde*, *serviço público*, *trabalho* e o valor (ou desvalor) que a sociedade atribui aos servidores públicos e àqueles que se utilizam dos serviços prestados por eles. Diante de questões tão complexas parece-me que discutir “quanto vale o médico” torna-se uma discussão estéril, na medida em que a discussão deveria girar em torno dos

valores da vida, do bem-comum e a luta deveria ser pela garantia e extensão dos direitos dos profissionais de saúde e dos usuários, visando à construção coletiva de um outro modo de trabalhar e de promover saúde, sempre tendo como horizonte uma concepção de saúde que não pode ser monopólio de nenhuma categoria profissional ou ciência particular, mas que esteja fundamentalmente vinculada à capacidade que cada um tem de se afirmar na vida.

Membro do Departamento de Ergologia da Universidade de Provence e servidor público da empresa de correios estatal francesa (*La Poste*), parcialmente liberado para pesquisa de tese de doutorado, Orban (2004) elegeu como “terreno” de observação das atividades de trabalho algumas unidades de serviço dessa empresa. Baseado em suas observações e experiência, discorre a respeito dos serviços públicos e do interesse público, entendendo os primeiros como ferramentas essenciais do segundo. Atribui ao serviço público um papel fundamental na promoção de uma dinâmica entre as necessidades, os direitos e a realidade econômica. Segundo ele, esta compreensão dinâmica permite ultrapassar a oposição do serviço público *contra* o mercado para refletir sobre as possibilidades de um mercado reorientado *com* os serviços públicos. Tal compreensão, além de autorizar a reconsideração da oferta e do alcance dos serviços públicos em função do usuário e não em relação aos usos segmentados por considerações do mercado ou por recortes arcaicos, contribuiria para abrir uma discussão sobre o lugar do “cidadão” e o papel do Estado.

Segundo Rocha (2009), a valorização do trabalho (em nosso caso, do trabalho desenvolvido no Serviço Público de Saúde) se inicia com a possibilidade de iluminar (dar visibilidade?) o que está sendo criado por cada um no coletivo a partir da experiência vivida, invenção de um campo em comum que sustente interrogações sobre o que acontece. Assim também entende Athayde (aqui assinalado por seu prenome - Milton), o que, no Terceiro Encontro, explica utilizando o sentido figurado:

MILTON: *Vamos tentar ver assim, as várias posições como se fossem luzes, tá? Que a gente botasse várias luzes, aí a gente começou a ver melhor essa sala. Tem uma luz que bate lá no cantinho, outra aqui dentro, a gente vê que tem muita poeira, então a gente começa a olhar de uma maneira mais ampla o que tá acontecendo.*

6.1 - Primeiro Encontro: 30/07/2008

O primeiro Encontro sobre o Trabalho no CMS ocorreu no dia 30 de julho de 2008, contando com a participação (como sempre, voluntária) de 18 (dezoito) trabalhadores⁷¹, dos quais, 5 profissionais de nível superior (2 médicas, 2 psicólogas e 1 enfermeira); 4 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem; 2 técnicas de laboratório e 6 profissionais de nível médio e fundamental, de categorias como auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, assessor administrativo, atendentes de recepção e agente de portaria. Foram os que, naquele dia, atenderam ao convite, feito de forma verbal e através de cartazes afixados nos quadros de avisos.

Este dispositivo que se instalou teve a participação de dois atores híbridos: o autor da tese então em andamento (que tem como campo empírico o CMS), naquele momento, o diretor geral do CMS e doutorando do PPGPS/UERJ, e a enfermeira responsável pela equipe de enfermagem, Joélia Alves, convidada para atuar como co-pesquisadora⁷². Além deles outros pesquisadores profissionais participaram: o orientador da tese, Milton Athayde e Hélder Muniz, professor de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e membro do grupo de pesquisa Actividade, naquele momento realizando seu pós-doutoramento junto a Milton Athayde na UERJ. Em seguida optamos pela inclusão no grupo de pesquisadores do estudante de Psicologia da UFF, Paulo Ferri, como auxiliar de pesquisa que realizava seu estágio de Iniciação Científica, tendo Muniz como orientador.

Nessa primeira reunião foi apresentada a proposta de funcionamento do dispositivo de pesquisa-intervenção e esclarecido que, sendo de concordância de todos, os materiais ali gerados seriam também utilizados na tese em andamento desenvolvida pelo diretor/doutorando no PPGPS/UERJ e serviria também para

⁷¹ Cumpre, no entanto, lembrar que nossa perspectiva de análise propõe-se a ir além de uma visão do trabalho como mera execução do prescrito, considerando a riqueza presente em toda atividade de trabalho. Por isso, apenas para fins de clareza do texto utilizaremos expressões, designações e siglas que se referem ao cargo ou função exercidos pelos trabalhadores citados, mas entendemos que elas não contemplam o real da atividade, pois, se vistas numa perspectiva que meramente as compreenda como estruturas fixas, categorizam apenas e não captam o movimento, o fluxo, a nobreza da atividade, que nos preocupamos em ressaltar ao longo desta tese.

⁷² Trata-se de enfermeira que exerce, em outro local, a função de professora de curso de Técnico de Enfermagem e atua na FIOCRUZ como professora contratada, além de cursar, nessa Instituição de Ensino e Pesquisa uma especialização em Comunicação em Saúde. Tem sido uma colaboradora das Direções do CMSDC, dispondo-se a assumir a coordenação da equipe de enfermagem, inicialmente sem receber nenhum adicional remuneratório para isso.

outras finalidades científicas do grupo de pesquisas, resguardando-se o sigilo necessário e mantido o compromisso ético profissional.

Propusemos aos trabalhadores do CMS (protagonistas da atividade em análise) a constituição de uma modalidade de dispositivo de três pólos que no Brasil vem sendo denominado Comunidade Ampliada de Pesquisa – CAP (BRITO; ATHAYDE; NEVES, 2003), com exercícios de estudos de campo e Encontros sobre o Trabalho.

Foi proposto um cronograma para os Encontros, onde constava já a data da última reunião, na qual deveria ser apresentado o relatório de pesquisa. O cronograma proposto foi aceito pelos participantes.

Diante da anuência de todos os presentes, foi desenvolvida a proposta de realização de “Encontros sobre o Trabalho”. Eles representam um dos encaminhamentos da pesquisa de campo, que contou também com observações diretas, no curso da ação, ocasião em que foram efetuados registros – apontamentos, gravações em áudio e vídeo, fotografias –, realização de entrevistas dialógicas (que temos preferido denominar *conversas*) diádicas e coletivas, assim como reuniões com profissionais e usuários).

Os profissionais de pesquisa apresentaram para o grupo a proposta dos Encontros e explicitaram, utilizando recursos áudio-visuais (computador, projetor multimídia, tela de projeção), alguns conceitos considerados importantes para o entendimento do projeto a ser desenvolvido no CMS. Embora tivéssemos levado gravadores de áudio e câmera fotográfica para registro, estes não foram utilizados por que os pesquisadores entenderam que naquele primeiro Encontro (ou pré-Encontros) ainda não havia sido construída uma relação de confiança que lhes permitisse propor aos trabalhadores a gravação e a tiragem de fotografias. O clima ainda era de incertezas sobre a aceitação da proposta, de continuidade dos Encontros, dos objetivos dos pesquisadores profissionais e dos possíveis benefícios que os trabalhadores poderiam obter com o uso daquele dispositivo, conforme pôde ser confirmado posteriormente, em conversas entre o diretor/doutorando e alguns trabalhadores que participaram desse primeiro Encontro.

A idéia principal contida nas apresentações foi a de suscitar um debate acerca dos objetivos de uma Unidade de Saúde, mais especificamente, um Centro de Saúde e, mais especificamente ainda, aquele Centro. Quais seriam os objetivos daquela Unidade, quais as expectativas de usuários e trabalhadores sobre sua existência e funcionamento e como lidar com um Centro de Saúde, quando se sabe que, freqüentemente, esse tipo de estrutura assistencial lida em seu cotidiano muito mais com a doença do que com a saúde?

Dado que não tivemos neste Encontro a gravação do diálogo, contamos com os relatórios elaborados posteriormente pela equipe de pesquisadores. Dos trabalhadores presentes apenas alguns se manifestaram verbalmente. O primeiro a fazê-lo foi um Técnico de Enfermagem da 'Hanseníase' (TE1), que já era participante ativo do GTHumanizausus (GTH), destacando que alguns funcionários estariam adoecendo no trabalho, porque se dedicam "como soldados que morrem, mas morrem com a arma na mão". De forma veemente, disse que, antes de qualquer discussão será preciso tratar de uma primeira necessidade, a "valorização dos funcionários".

Com muita freqüência, os trabalhadores fazem uso do gênero narrativa épica, com imagens da guerra, do tipo "morrer com a arma na mão", etc., como consta na tese de Figueiredo (2001), discorrendo a respeito do trabalho de mergulhadores do offshore, neste caso o fazendo mitologicamente, com relação ao herói. O paradoxo presente na narrativa aqui considerada está em falar que morrem. Mas, não estariam doentes? Daí seria valorizar os heróis que se foram? Não nos parece que TE1 agrega à sua argumentação que uma prática "valorizadora" poderia ser também salvadora. Caberia verificar posteriormente com TE1 em que sentido ele acha que com essa imagem colabora para fortalecer a reivindicação de valorização. No entanto, por motivo de licença e outros compromissos, TE1 só pôde voltar a participar no 5º (e último) Encontro, quando então não houve tempo hábil para explorarmos adequadamente com ele esse tema específico.

Um psicóloga (PSI1) reforçou essa linha de pensamento apresentada (por TE1), concordando que alguns trabalhadores estão adoecendo e que é uma necessidade premente pensar e pôr em prática mecanismos voltados para a valorização e a preservação da saúde dos funcionários. Aí aparece um esclarecimento, que vai além da imagem da narrativa.

A enfermeira Joélia (ENF1), que também já vinha ativamente participando das reuniões do GTH, expôs os motivos do convite aos pesquisadores profissionais e procurou esclarecer aos colegas a proposta de trabalho junto com eles. Desde então operando espontaneamente como um outro ator híbrido (o outro seria o diretor/doutorando), pois que posteriormente foi convidada a participar das reuniões do grupo de pesquisadores.

Milton assinalou que para se abordar a valorização do trabalhador seria antes necessário que cada um procurasse compreender o seu trabalho / a sua atividade e perguntar: Que aspectos se entende que devem ser valorizados? O que conhecemos do nosso trabalho e o que os outros conhecem? Como tirar o trabalho da penumbra, revelando a 'face oculta da lua'? E ainda, a quem caberia essa valorização, quem estaria incumbido de estabelecer os critérios de avaliação e que tipo de reconhecimento se espera receber?

Após as apresentações dos pesquisadores e das falas dos trabalhadores houve uma breve discussão. Enfim, foi explicitado para os trabalhadores que caberia a eles decidir, naquele momento ou em momento posterior, os seus encaminhamentos, se haveria continuidade dos Encontros ou não, etc.

Após alguns esclarecimentos, e fechamento de acordos parciais e provisórios, ficou agendada a reunião seguinte. Foi proposto pelos pesquisadores que cada trabalhador, individualmente ou em duplas, fizesse uma observação sistemática sobre o funcionamento da Unidade, com vista a trazer elementos para a discussão do próximo Encontro.

Uma médica em situação de chefia/cargo comissionado (DM1) disse que gostaria de formar dupla com o atendente de portaria (PO1), pois para ela a Portaria é um local que influencia seu trabalho cotidiano. Os demais preferiram decidir posteriormente como fariam.

Para que os trabalhadores da Unidade pudessem consultar e conhecer melhor a proposta das CAPs, os pesquisadores cederam publicações, material didático e vídeo sobre experiências de pesquisas realizadas com trabalhadores da Educação.

A reunião encerrou-se com o cronograma (anexo) aprovado e com o foco 'Valorização' e a atividade para o Encontro seguinte propostos e acordados.

A partir da demanda explicitada, qual seja, abordar a “valorização dos funcionários”, os pesquisadores, reunindo-se presencialmente às quartas-feiras na UERJ e dialogando por meio eletrônico, passaram sequencialmente a produzir material para os encontros seguintes.

6.2 - Segundo Encontro: 20/08/2008

Estiveram presentes 12 profissionais, sendo 3 médicas, 1 enfermeira, 2 psicólogas, 1 auxiliar de enfermagem e 4 outros profissionais de nível médio e fundamental, compreendendo as seguintes categorias: auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, assessor administrativo ou atendente de recepção e agente de portaria.

O Encontro começou com Hélder recapitulando alguns pontos do anterior, a fim de reforçar com tais informações a compreensão de quem esteve no último Encontro e, especialmente, em razão daqueles que vieram pela primeira vez. Hélder informou também que esteve no CMS na segunda-feira para conhecer melhor o local e conversar com alguns funcionários. Informou que esteve acompanhado do Paulo Ferri, aluno da graduação em Psicologia da UFF, estagiário de Iniciação Científica que passou a fazer parte do grupo de pesquisa.

Em seguida Hélder, solicitou aos presentes que se manifestassem.

Então, DM1 falou que para ela o que chamava mais atenção era como o espaço do Centro de Saúde era feio. Achava que a aparência feia e descuidada era uma forma de desvalorização do funcionário. Lembrou que no metrô ninguém joga lixo no chão e na rua sim. Em seu entendimento, as pessoas veem um espaço feio e acham que podem sujar também, não dão valor. O funcionário pensa que o colocam para trabalhar num lugar assim, porque não lhe dão valor. Ela acha que devia ser um espaço que não tivesse calor e que fosse limpo e agradável. Disse que, considerando que ocupa um cargo de ‘chefia’/‘gerência’, gostaria de dispor de recursos para proporcionar um ambiente mais agradável, limpo e confortável para os funcionários.

Aqui se encontra presente a questão do espaço já não natural, dado que ocupado, território, produzido histórica e socialmente, ou seja, podendo ser alvo de transformação humana positiva, conforme vimos no capítulo 1, com Mendes e outros.

Uma enfermeira (ENF2), que atua no setor de 'Tuberculose' concordou que o ambiente desconfortável/inapropriado e a falta de materiais para trabalhar prejudicam a auto-estima dos funcionários. Avança-se na análise quando ela agrega algo de polêmica, pois que incide sobre as condições de proporcionar um ambiente "agradável". Ora, mas se não há recursos suficientes (para materiais, para valorizar, etc.) haveria para "cuidar da aparência"?

Assim como em Educação entende-se que a aparência da escola pode funcionar como um "currículo oculto", no Encontro esta compreensão é utilizada para pensar as relações entre valorização e trabalho no CMS. Na afirmação de DM1, ela compara com o que aconteceu na chegada do metrô na capital, mas trata-se aí de empreendimento baseado no lucro (mesmo antes de ser privatizado). Nele o ambiente "mais agradável, limpo e confortável" não foi estabelecido para os funcionários, como em seu raciocínio, e sim para os clientes. E foram os clientes que mudaram seus hábitos em relação aos que tinham em outros meios de transporte. Em que medida o discurso de DM1 não opera ideologicamente, fazendo a mudança da posição funcionário-cliente, na presença dos funcionários? Já ENF2 remete de alguma forma ao manejo discutível da argumentação quando traz a questão do financiamento.

Uma médica pneumologista (MED1), do mesmo setor de ENF2, apontou que um problema que deveria ser "trabalhado" no CMS é que as pessoas deveriam se cumprimentar minimamente e darem 'bom-dia', 'boa-tarde'. Ela disse entender que todos têm seus problemas, suas dificuldades, mas deveriam se esforçar para ter um mínimo de cuidado na convivência com os outros no trabalho.

Neste movimento dialógico emerge algo que não depende de recursos materiais, embora sua ausência possa ser um de seus determinantes, como ela virá a assinalar adiante. A materialidade simbólica (ou sua imaterialidade) do cumprimentar-se aparece de imediato, pois que deveria ser "*trabalhado*".

Em relação a isso Wladimir apontou que MED1 referia-se a uma outra forma de ver o espaço/ambiente de trabalho, isto é, também como um ambiente de relações afetivas. Esse comentário talvez tenha surgido num momento de certo desconforto, causado pelas críticas que se referiam, de certo modo, aos governantes (em suas diferentes instâncias), mas também à Direção (e, em última

instância, ao diretor), como um agente capaz de interferir e causar ou sanar as dificuldades apresentadas.

Uma atendente⁷³ do Centro de Especialidades Odontológicas (ATCEO) falou que algumas vezes, quando há muitos pacientes aguardando, alguns ficam sentados no chão. Para ela isso é uma maneira de os pacientes também se sentirem desvalorizados com a falta de estrutura para recebê-los. Mas disse entender as dificuldades que a Direção enfrenta para resolver os problemas e que muita coisa não depende da Direção. Ela pontua e acrescenta um esclarecimento aos discursos de DM1 e ENF2.

DM1, recolocada na polêmica, retomou e disse que acha que os pacientes estão com problemas mais complexos hoje. Segundo ela, funcionários se queixam de que eles já chegam ao Centro “rosnando”.

Parece colocar-se neste momento o caráter contraditório da compreensão da situação dos usuários. Ao mesmo tempo que se explicita uma visão desumanizadora dos pacientes, como ‘cães raivosos’, constata-se que eles precisam assumir uma posição de enfrentamento para ter mais força e conseguirem o atendimento de que necessitam.

Na opinião de DM1 os funcionários ficam expostos às diversas problemáticas (política, social, econômica), pois a violência que os pacientes vivem vão ‘descarregar’ no Centro de Saúde. Ela acredita que os funcionários de Portaria (lembremos que ela propusera formar dupla com um deles) e de Marcação é que mais sofrem as agressões, já que os médicos eles ainda respeitam mais.

Daí os participantes do Encontro pediram para o funcionário da Portaria (PO1) se manifestar. Ele disse que realmente ocorrem muitos problemas lá, mas que ele usa a sua “espiritualidade” e consegue resolvê-los. Retoma ele a dimensão humana em curso e convoca sua força mais enigmática, dado que reconhece a complexidade da situação, sendo validada pública e inteiramente sua argumentação. Poderíamos perguntar do que se trata o que denomina enigmaticamente *espiritualidade*? Como recrutar & selecionar, treinar e avaliar com base em tal competência?

⁷³ Essa funcionária, chamada aqui de atendente, para fins de sua apresentação funcional, na verdade exercia tarefas que extrapolavam a essa função, sendo uma das responsáveis pelo funcionamento administrativo do CEO.

Outra médica (MED2), da 'Diabetes', disse que escuta muito falar que os funcionários públicos não trabalham. Ela acha que todos trabalham muito e que inclusive ela própria procura atender os pacientes com a mesma dedicação que no consultório (assinalemos que o uso que faz dessa expressão remete ao 'privado'). Ela acha que existem muitos médicos bons no serviço público. Vemos aqui uma deriva que se inicia pela figura genérica do funcionário, passando pelo da Portaria até chegar ao médico.

Ela apontou uma diferença entre a sua atividade enquanto médica que trata de diabéticos e a atividade da médica que trata doentes de tuberculose. No caso da tuberculose trabalha-se com a cura, mas no caso dela, que trata a diabetes, não há cura. Então ela tem que desenvolver um esforço extra para explicar aos pacientes diabéticos que o tratamento é para toda a vida e implica comparecer a diversas consultas e isso os faz ficar 'revoltados'. Relata também o caso dos pacientes que ficam irritados e discutem com os médicos quando o nível de gravidade de sua doença constante no laudo não é suficiente para lhes dar direito ao 'benefício' do INSS.

Wladimir falou sobre o quanto o trabalhador coloca de si, de sua criatividade, etc., para que o trabalho aconteça, apesar de tudo, e que neste processo cada um faz a gestão de seu trabalho, não só aqueles que têm o cargo de Direção. Dá o exemplo dos cartões de marcação de consultas, que não existiam e os funcionários criaram.

MED1 argumentou que essa criatividade é interessante, mas isso mostra também uma outra forma de desvalorização que é a falta de cartões.

Aqui ela retoma a polêmica antes encaminhada por ATCEO.

Ela prosseguiu dizendo que recebe no CMS todo tipo de paciente, porque as pessoas de classe média que têm tuberculose vão para a Saúde Pública também e então ela vê aquelas pessoas com aqueles cartões, que são vergonhosos.

O interessante é que ela assume que a vergonha toma força quando se trata deste tipo de fração de classe social, como a sua, raramente usuária desse tipo de serviço. Na verdade temos atuando no trabalho do CMS uma diversidade de frações de classe, sendo os médicos, mesmo que já incluídos no rol dos trabalhadores baixo-assalariados, ainda marcados por uma concepção autoreferenciada.

Outros funcionários concordaram que a falta de materiais é sim uma desvalorização do trabalhador. Wladimir ressaltou que, assim como os funcionários, os usuários também devem se sentir desvalorizados quando recebem um cartão improvisado.

Verificamos que o elemento *falta / insuficiência de materiais* sobrepõe-se à questão da aparência do CMS e Wladimir aproveita para introduzir um outro modo de colocar a questão.

Para MED2 setenta por cento dos pacientes não estão assim tão insatisfeitos. Ela registrou que tem muitos panos bordados que são presentes de pacientes e para ela existem muitos casos que fazem com que valha a pena ela trabalhar ali, mas que o salário...

Prosseguiu dizendo que, por outro lado, tem uns trinta por cento que são aqueles que estão insatisfeitos. Ela prossegue reforçando o potencial de acertos já existentes, dizendo que talvez fosse interessante que cada setor produzisse um relato de seu desempenho, quantos casos foram atendidos, os pacientes que melhoraram e que fosse divulgado para dar visibilidade às conquistas e mudar a imagem do Serviço. Relatou que naquele dia mesmo ela deu um abraço numa paciente que estava com a diabetes sob controle, com uma curva glicêmica entre 80 e 120. Aquela conquista foi algo que a deixou muito feliz. Lembrou, no entanto, que, além dos baixos salários, as condições de trabalho “nem sempre são adequadas”. Na sala onde ela atende, há um ralo que exala odor desagradável e ela tem que colocar um cesto em cima para ver se minimiza o problema e o paciente não pensar que é ela que está fedendo. Com o diretor presente, foi informada que seria solicitado ao funcionário da Manutenção que verificasse o ralo citado.

Pode-se perguntar por que a solicitação da própria médica não havia chegado antes à Direção. Porque problemas dessa ordem deixam de ser comunicados e solucionados, já que o reparo foi possível de imediato, posto que de alçada da Unidade? Seria expressão de uma descrença generalizada? Ou mesmo uma ideologia reativa, que poderia ser representada pela frase recorrente entre servidores e usuários: “não adianta reclamar, por que nada se resolve no Serviço Público”?

MED2 prosseguiu dizendo também que é importante considerar as diferenças individuais. Retomando a polêmica em torno do “bom dia”, assinalou que já

trabalhou com pessoas que por serem tímidas ou mal humoradas não davam bom dia, mas que tinham respeito. Ela acha que o fundamental é ter respeito com os colegas de trabalho e com os pacientes. Ela constrói um par cumprimento-respeito, viabilizando pensar o primeiro como regra de ofício e não apenas “bons modos”. Enfim, seria esta uma regra social de trabalho, especialmente no campo da Saúde?

No entender de MED2 todos os funcionários se conhecem e deveriam contribuir para quando alguém falar que o outro cometeu algum erro assinalar que não o fez. Então MED1 – que iniciara esta temática – refutou, dizendo que “o problema é que às vezes, dependendo da pessoa, a gente sabe que fez”.

Percebendo a intensidade das discussões, Wladimir e Hélder falaram sobre o quanto seria interessante gravar os Encontros, pois muitas observações importantes podem se perder sem esse recurso. Aproveitaram para informar que às quartas-feiras (quando não estão no CMS) os pesquisadores se reuniam para discutir sobre a pesquisa e os Encontros e que a Joélia fôra convidada para atuar mais diretamente com os pesquisadores, ampliando a equipe.

Hélder reiterou que, uma vez autorizada a gravação, nada será utilizado sem conhecimento e concordância dos participantes, pois esse é um princípio ético que deve ser seguido. Perguntados se todos concordavam que a reunião fosse gravada, ninguém discordou. A partir daquele momento foi então acionado o gravador para registro do conteúdo da reunião.

Retomando a polêmica iniciada por MED1, tomando posição em um diálogo, um funcionário do Almoxarifado (ALM1) disse ter escutado alguns pacientes falando do Centro de Saúde, reclamando do atendimento dos funcionários e disse que, por outro lado, alguns funcionários queixam-se com ele de que não vão mais dar bom dia para o diretor por que ele não responde quando dão bom dia. ALM1 disse estranhar essa fala, pois o diretor sempre o cumprimenta.

ATCEO disse que sabe reconhecer quando o diretor ou a vice-diretora estão aborrecidos ou preocupados com alguma coisa.

Ela aqui incorpora a vice à análise, tirando o foco exclusivo do diretor e já agrega uma posição compreensiva ao fato em debate. Em seguida, levanta-se e interpreta alguém andando rápido e com o semblante sério. Todos riem da interpretação feita por ela.

Sua intervenção, provocadora de riso, revela-se potencialmente analítica, visto que, ao mesmo tempo que descontraí e alivia o peso da discussão, evita que essa redunde em mera lamentação e oportunidade para críticas pessoais sem poder de transformação.

Então, ALM1 muda o centro da atenção para si, também ele alvo de críticas no cotidiano de trabalho, e fala do problema que enfrenta no Almoxarifado. Segundo ele, as pessoas vão pegar material, recebem e depois no mesmo dia vão pegar outra quantidade de material; e quando ele nega – para que não falte em outros setores – ficam com raiva dele, dizendo que ele fica “prendendo material”.

ATCEO expôs para o grupo que o setor em que trabalha utiliza uma grande quantidade de materiais descartáveis e sugeriu que os setores informem ao Almoxarifado as suas necessidades porque ALM1 não tem como saber.

MED1 retrucou assinalando como exemplo a grande necessidade de luvas na ‘Ginecologia’, explicando que lá há um grande movimento, o que pode fazer com que duas vezes no mesmo dia se necessite ir ao Almoxarifado pegar luvas.

Alguém falou então que o problema é que mesmo quando se diz que tem necessidade de um quantitativo “x” de luvas vêm menos luvas do que se pediu.

ENF2 ressaltou que deve existir um planejamento de cada setor, especificando, por exemplo, quantas tantas luvas por mês (ou por semana) seriam necessárias para desempenho de suas atividades. Já ATCEO disse que seria impossível fazer isso e procura dar um exemplo para justificar sua afirmação. Alega que o setor em que trabalha tem suas peculiaridades. Existem semanas em que o setor recebe dentistas do PSF para atendimentos extraordinários. Em outras ocasiões há mutirões ou eventos que demandam uma maior quantidade de materiais. Ela assume um discurso que, num primeiro momento, parece contraditório. Ao mesmo tempo em que sugere que os setores informem ao Almoxarifado suas necessidades para que ALM1 as conheça e as supra, por outro lado, aponta para a impossibilidade de que esse planejamento possa ser cumprido integralmente, dadas as variabilidades presentes em seu cotidiano de trabalho. Oscilando entre o possível e o impossível, ATCEO aponta para o grupo que a complexidade e as dificuldades da atividade de trabalho não impedem que esta seja factível. Em uma ocasião, num sábado de campanha de vacinação, conversando com o diretor, ATCEO (informando ter trabalhado com várias Direções) disse que dirigir uma Unidade como o CMS era tarefa árdua e complexa, pois havia muitos

detalhes a observar e resolver. Para outros detalhes a melhor atitude era “fingir que não viu”. Agora aponta ela para um outro tipo de estratégia que também, no seu entender, impulsiona, que não paralisa. Pois, para ela, a atividade de gestão tem que ser seletiva, pois tentar ficar atento a todos os detalhes é tarefa impossível, além de desgastante e ineficaz.

Voltemos ao segundo Encontro:

Wladimir enfatizou a necessidade de pensar um planejamento que ajude a melhorar a relação do Almojarifado com os demais setores e destes entre si, relembrando a já apontada importância de se dar visibilidade ao trabalho.

ALM1 citou o exemplo do dia que pediram várias canetas e também blocos de receitas. Duas médicas exclamam: *“eu nem sabia que aqui tinha caneta!”*. Aqui retorna, em tom jocoso, a crítica à falta de materiais, baseada na suposição de que faltasse no CMS também esse tipo de material. Tal comentário apontaria ainda para outro elemento, a também suposta *falta de comunicação* do coletivo de trabalho. Ainda que implícitas, ambas argumentações causaram um ‘burburinho’ (várias pessoas se mexeram nas cadeiras e passaram a falar ao mesmo tempo) e foram imediatamente contestadas por diversos funcionários, que se manifestaram para informá-las que existia sim esse tipo de material disponível no Almojarifado, ao qual têm acesso os funcionários que o solicitam, que são, via de regra, os funcionários administrativos. Assim, as médicas reconheceram que realmente nunca foram ao Almojarifado pegar canetas para elas, pois geralmente elas têm canetas, que ganham em eventos, etc.

Essa situação, além do exemplo do (não) conserto do ralo da sala da ‘Diabetes’, nos faz refletir: algumas reservas de alternativas não estariam deixando de ser devidamente conhecidas e exploradas, posto que engessadas pela ideologia conservadora que opera reforçando o refrão de que no Serviço Público “falta tudo” ou “não adianta”, desconhecendo as contradições e filigranas, a dinâmica possível/impossível, a singularidade de cada Serviço?

Uma Auxiliar de Enfermagem (AE1), que atua em diversos setores de acordo com a necessidade do serviço (Puericultura, Sala de Vacinas, etc.), disse que o problema das canetas se resolveria se fosse cobrado de quem vai pedir outra caneta o “casco” vazio. Ela relata uma experiência que teve no exercício da atividade na

área de Enfermagem. Trabalhou em um local onde quando quebrava o termômetro só se recebia outro novo se fosse apresentado o outro que quebrou. Senão, segundo ela, as pessoas levam o termômetro, a caneta, a borracha, etc., para casa e depois vão pedir outros. Além disso, ela fala que as pessoas usam o bloco de receitas para ficar desenhando, rabiscando... Tudo isso provoca desperdício e falta de material.

MED1 decide então “confessar” (expressão dela) que usa o papel de exames no lado contrário para escrever alguma orientação para o paciente, como não há um rascunho para isso.

Hélder, a partir do conceito de “catacrese”, presente em Clot e Gory (2003)⁷⁴, assinalou que algumas vezes, quando na atividade é necessário algum instrumento, pode-se usar outro instrumento para aquela utilidade, como fez MED1. Talvez faltasse um bloco ou outro tipo de papel para ser usado como rascunho.

Um breve comentário: esse exemplo do Almocharifado ilustra o que apontamos sobre a complexidade da atividade. O que, sob determinado viés de análise poderia ser visto como uma atividade simples, revela toda uma riqueza e exigência de antecipação, uso da inteligência, inventividade e, por outro lado, também se revela como fonte de problemas e de sofrimento (entendido no sentido que lhe dá a PDT).

⁷⁴ *Catacrese* - Figura de estilo da tradição retórica. É um dos procedimentos pelos quais o léxico de uma língua se enriquece, dando um sentido novo a uma palavra ou expressão que já existe, estendendo este sentido com a ajuda de uma *figura de retórica* em uma só palavra (ou expressão). É a figura de linguagem que consiste na utilização de uma palavra ou expressão que não descreve com exatidão o que se quer expressar, mas é adotada por não haver palavra apropriada – ou a palavra apropriada não ser de uso comum; são como gírias do dia-a-dia, expressões usadas para facilitar a comunicação. Estabelecem comparação às situações em que são atribuídas qualidades de seres vivos a seres inanimados. Exemplos comuns são: “os pés da mesa”, “cabeça do alfinete”, “braço de rio”, “dente de alho”, etc. Consiste assim em um tipo de metáfora de uso comum, deixando de ser considerada como tal. Consiste também em dar à palavra uma significação que ela não tem, por falta de termo próprio. A relação de similaridade entre as imagens garante o entendimento imediato do novo significado do termo. A essa extensão de sentido baseada na analogia chama-se catacrese, processo estilístico que consiste no emprego de uma palavra fora de seu sentido literal, uma espécie de metáfora obrigatória. Metáfora por nascer do princípio da comparação, mas “obrigatória” por ceder antes a um imperativo de uso que a necessidades expressivas. Pode ocupar o lugar de uma palavra faltante (embarcar no avião) ou substituir um termo exato ou técnico por um menos formal (barriga da perna em vez de panturrilha, céu da boca em vez de palato). Muitos dos casos de catacrese associam-se às partes do corpo humano. No que tange ao trabalho, indaga-se da possibilidade de subverter o uso do conceito linguístico de catacrese. Encontram-se traços de catacrese tanto na atividade física quanto na atividade prática, pois os instrumentos simbólicos e técnicos, línguas e ferramentas, não são estritamente ajustados e menos ainda dedicados a servir a uma função única. A não-especialização técnica e simbólica é uma característica própria do humano, que nunca adere imediatamente a seu meio sem correr os maiores riscos. Emprega-se o conceito de catacrese (uso catacrético) em Ergonomia Cognitiva denominando a utilização de uma ferramenta à mão no lugar da ferramenta ou instrumento precípuo destinado a uma dada tarefa ou ação sobre um objeto de trabalho. Por exemplo, utilizar sua faca de mesa no lugar de uma chave de fendas (que não tem à mão) é uma catacrese.

MED1 assinalou que os funcionários sofrem muitas pressões, então deveria haver um espaço da Psicologia, como um grupo, por exemplo, para eles poderem conversar sobre isso.

ENF2 disse que sem ser psicóloga já faz esse papel. Às vezes tem uma funcionária que está nervosa e ela chama para conversar e depois a pessoa fica mais calma.

PSI1 falou que todo dia tem demanda de funcionário querendo conversar com ela. Ela e ENF2 acham interessante a idéia de ter um grupo *psi* para funcionários que tivessem interesse em participar para trabalhar essas pressões, esse sofrimento. Hélder voltando-se para ENF2 ressaltou para ela (e para os demais) que naquele momento mesmo ela estava participando de um grupo que tem como um de seus objetivos lidar com essa problemática das pressões e sofrimento/adoecimento no trabalho. Ela concorda.

Hélder propôs interromper a discussão naquele momento, ressaltando a positividade de se ficar no Encontro com vontade de continuar discutindo e voltar no próximo. O tempo ainda disponível, conforme programado, seria utilizado para que Wladimir fizesse uma exposição sobre o foco '*valorização*', conforme fôra definido no Encontro anterior.

Wladimir iniciou ressaltando que a proposta de MED2 tem relação com a visibilidade do trabalho e seu conseqüente reconhecimento e valorização e disse que apresentaria algo voltado para isso, já que tal assunto foi levantado no Encontro anterior.

A apresentação foi elaborada com base nos materiais oriundos da experiência acumulada no campo e no patrimônio científico. Abordou a valorização do trabalho dos profissionais, procurando relacionar esse foco proposto por eles com os conceitos de produtividade, qualidade, saúde/adoecimento, segurança e avaliação.

Partiu-se da premissa de que a valorização de um trabalho está relacionada com a possibilidade daquele que trabalha contribuir com sua criatividade e também com o reconhecimento e o julgamento da importância, da qualidade, dos objetivos e da utilidade deste trabalho. A valorização tem relação também com as condições oferecidas para que se possa realizar um trabalho considerado bem feito. Para que tal ocorra é importante dialogar e tornar a atividade visível, nítida, transparente,

submetê-la à apreciação (da hierarquia, dos colegas, dos clientes). Foi ressaltado que o ponto de vista da atividade colabora para que isso ocorra.

Foram lançadas algumas indagações, tendo como base o que Milton já havia apontado no primeiro Encontro e que veio sendo objeto de reflexão desde então: 1) Como conhecer, reconhecer e compreender o trabalho a fim de valorizá-lo? 2) O que cada um espera e utiliza de si e dos outros em relação ao seu trabalho? 3) O que se deve esperar de um trabalhador da saúde? Quais são as expectativas da sociedade? 4) O que se deve esperar de um trabalhador do CMS? 5) Quem é a nossa “clientela” e o que ela espera de nós?

A partir daí foram sugeridos alguns conceitos para orientar a reflexão: Produção e Produtividade. Qualidade. Saúde/Adoecimento. Segurança e Avaliação.

Hélder agregou que a quantidade de consultas pode ser um exemplo de tema para embasar essa discussão.

MED2 relatou que verifica em sua experiência que os pacientes, de um modo geral, mesmo no consultório particular, estão com uma postura estranha de querer uma consulta rápida. Mostram o exame, não querem conversar, já vão falando com o médico que o exame está ruim e pronto, esperam a receita, como se a prática médica de “consultas rápidas” estivesse produzindo um paciente também assim.

Após uma breve discussão, o foco proposto para o próximo Encontro ficou sendo a visibilidade do trabalho. Como cada um pode dar visibilidade ao seu trabalho de modo a ser (melhor) reconhecido e como pode ter maior visibilidade do trabalho do outro?

Wladimir sugeriu que tivessem como eixos norteadores do exercício de estudo de campo, a ser feito no intervalo até o próximo Encontro, os conceitos apresentados na exposição.

Após o final da reunião os pesquisadores verificaram que devido a um problema com o gravador nada foi gravado. Eis aí a “infidelidade do meio” em estado prático.

6.3 - Terceiro Encontro: 17/09/2008

Houve a participação de 12 funcionários (3 médicas, 2 enfermeiras, 1 técnica de enfermagem, 2 técnicas de laboratório, 1 auxiliar de serviços gerais, 2 atendentes de recepção e 1 agente de portaria).

Wladimir iniciou o Encontro lembrando que foi a partir das discussões ocorridas no GTH que vinha se reunindo e que, juntamente com a ENF1, pensaram em alguns focos e os apresentaram para a apreciação dos outros pesquisadores. No entanto, no primeiro Encontro surgiu a proposta/demanda do TE1, qual seja, abordarmos a questão da *valorização*. Assim, o grupo de pesquisadores passou a trabalhar a partir disso, e os focos que passaram a ser trazidos foram sendo construídos, à medida que se foi conversando nos Encontros. Então, trazido para o debate o tema valorização, discutiu-se e a partir daí chegou-se à questão da visibilidade do trabalho, que caminhou para o tema do planejamento.

Discutiu-se ainda sobre o quanto cada um mostra daquilo que faz ao desempenhar sua atividade. Às vezes aparece com mais destaque aquilo que se deixou de fazer, o que se fez errado, e o que se faz no dia a dia, o que dá certo, acaba não tendo destaque. Foi esclarecido novamente que os pesquisadores estão, desde o primeiro Encontro, procurando trabalhar os focos a partir das demandas que estavam surgindo do próprio coletivo.

Milton acrescentou que a partir do foco anterior e do que foi discutido com o grupo fez-se uma análise e foram encontradas várias pistas. Por exemplo, a partir do que foi colocado sobre a questão do espaço, da 'feiúra, sujeira, falta de condições', inclusive para receber o usuário.

O problema da comunicação, do *bom dia, boa tarde* também foi por ele lembrado. Ressaltou que a partir de um dado momento, mais ou menos do meio para o final da reunião, apareceu a questão do planejamento e chamou a atenção para o fato de que os próprios funcionários percebem que planejar se trata de algo presente no cotidiano dos humanos, que estão permanentemente planejando algo em suas vidas. Inclusive para conseguir emprego, para mantê-lo, para melhor nele trabalhar. Trata-se, portanto, de algo possível também no trabalho.

A partir desse Encontro passamos a utilizar diversos gravadores e reduzimos as possibilidades de perdemos a gravação por um novo infortúnio, uma nova variabilidade. Pudemos assim, a partir daí, contar com o registro da atividade linguageira ocorrida durante esse e durante os Encontros seguintes. Fizemos a transcrição desses materiais e apresentaremos as falas cujos pontos destacamos como mais relevantes para análise.

Milton indicou que nos interessam as pistas emergentes no diálogo. Como a do espaço, que trouxe questões, pistas como *“a feiúra, sujeira, a falta de condições, inclusive para receber o usuário”*; *“o problema de se comunicar, como a importância do bom dia, boa tarde”*. Ressaltou que em um dado momento toma destaque a questão do planejamento, a partir da discussão sobre o trabalho do Almoxarifado. Planejamento possível ou impossível, em seguida a pergunta: para quê? Assim como as estratégias para elaborá-los, as parcerias, com efeitos sobre a visibilidade do trabalho, em uma dinâmica do reconhecimento.

A primeira pessoa que falou foi então ENF2 e o fez sobre o planejamento. Assinalou a complexidade aí presente, retomando o foco espaço – *“planejar ações numa unidade tão extensa quanto essa”*. Inicia sua argumentação acerca da cotidianidade do planejamento – *“todo dia nós estamos planejando. Nós tamos planejando nossas férias, nós tamos planejando o... o nosso amanhã, qual vai ser, o que é que vai ser feito no cardápio no domicílio”*. E sobre a fragilidade deste encaminhamento – *“Então a gente tá sempre no planejamento, nem sempre da maneira eh...mais acertada...”*. Apresentou uma estratégia para alcançá-lo – do micro para o macro, mas destaca um pré-requisito, a ser “incutido”, “conscientizado”: uma *disposição*: *“E é preciso primeiro a... a vontade e se... se envolver com isso”*.

Em seguida Milton assinalou a necessidade de avaliação do processo, para *“não cometer os mesmos erros”*. E em dado momento parece fazer menção ao diretor, que estivera fora para estágio de doutorado no exterior: *“Então não é um planejamento só pro... pro cara que fez curso não sei aonde, né? [...]”*. Reiterou um elemento que ENF 2 já dissera, pertinente à “união”: *“ou a gente dá as mãos ou não vai conseguir não. Por que se cada um aqui for atirar prum lado, fica muito mais difícil”*.

MED1 realinhou a discussão, fazendo uma distinção entre ação e planejamento, apontando os limites do planejamento de cada um, dado que existe um poder hierárquico extra-Unidade, *“tá fora do nosso gerenciamento”*. O que é reforçado por ENF2: *“nem sempre essa coisa é possível, não é?”*

Milton retomou, fazendo a ponte entre planejamento e previsão/antecipação, normas antecedentes. Até que no diálogo entre ENF2 e ENF1 esta ressaltou: *“uma das características do planejamento é que ele seja flexível, né?”*, confirmada pela colega. E continuou, criticando o “imediatismo”: *“tem que ser flexível de acordo com as situações que vc vai passando ao longo... ao longo do dia, ao longo das suas atividades”*.

Paulo Ferri (estudante auxiliar da pesquisa) apresentou ao grupo de pesquisadores profissionais na UERJ sua avaliação a respeito da discussão em torno do *planejamento*. Assinalou que Dejours (1995) entende a visibilidade como o esforço para mostrar e tornar inteligível ao outro sua ação. Para sua efetivação é necessário que haja relações de confiança entre os agentes. Para Paulo, uma articulação possível entre o que assinala Dejours e o que foi trazido nas reuniões pelos trabalhadores do CMS pode se efetivar quando pensamos o momento do Encontro em que algumas estratégias começaram a ser pensadas, principalmente relacionadas às atividades realizadas no Almoxarifado. Elaborações de relatórios que expressassem as necessidades de cada setor (quantas luvas, quantas canetas, papéis, etc.) para que a distribuição fosse a mais condizente possível, considerando a então visibilidade de cada setor. E então o planejamento entra no foco das discussões e traz consigo questões interessantes no que concerne à atividade. São lançadas assim, algumas questões para discussão. Seria possível estabelecer uma média de materiais utilizados por período sendo que a cada dia os plantões tomam novas conformidades? Como pensar em planejamentos para que se efetivasse a elaboração destes relatórios? Planejar significa controlar/gerenciar? Quando eu planejo? Todo dia e a toda hora? Em que ocasiões eu não consigo planejar ou realizar minhas atividades planejadas? Seria possível planejar atividades no contexto do CMS, sendo este tão grande e tão complexo? Ou o planejamento só poderia ser feito para atividades ‘micro’?

E o debate seguiu ainda no terceiro Encontro com ENF1, sempre assertiva, adepta da conscientização/educação: *“então é isso que a gente tem que aprender a entender”*. Em seguida chama atenção que a espera do resultado do planejamento

“gera ansiedade”, “quando é a curto prazo é mais fácil as pessoas aceitarem e entrarem no barco”. ENF2 agregou que “tem também uma outra questão”, a “credibilidade”. As falas seguintes de Helder (“frustração?”) e Milton (a “corda bamba e o brasileiro equilibrista”), buscando entender do que se discutia, colaborou para a afirmação do que se tratava de fato: ENF2 – “A gente faz e depois não recebe nada... Pra que fazer né?”. E DM1, a partir do exemplo da recente campanha de vacinação em massa: “o que fazer para que a gente possa tá alcançando o planejamento do Ministério, que foi... um delírio. Quer dizer, teve um delírio maior ainda, que é a busca ativa de casa em casa” (fala acompanhada de comentários reforçadores e risos gerais).

Curiosamente DM1 em seguida resgatou a questão da “vontade”: *“existe nisso aí uma coisa que você não tem medidor, que é a vontade. Como é que você vai aferir a vontade?”. E ironiza a conquista do que fora planejado em Brasília misturando-a com a violência urbana: “Você vai arrancar a pessoa de dentro de casa?... Todo mundo querendo matar todo mundo aí na rua! Vai ser um caos!”.*

Milton buscou fazer a ponte com o próximo foco, acerca da visibilidade do trabalho, designado por ENF1 no negativo, sua ausência prática: *“eu trabalho mas o meu trabalho não aparece”, conectando-a com a demanda central, “a não valorização”.*

TL1 refinou a compreensão: *“tem setores em que você tem uma visão maior do que é feito, tem outros que não”, remetendo ao hegemônico, “o quantitativo” (quantidade de vacinas). E elabora uma fala preciosa acerca de quem trabalha: “e depois: “a vacina tá trabalhando pra caramba”, né? A vacina chegou ali, aplicou e vai embora, agora o Laboratório, tem que pegar o material, tem que processar o material, tem que analisar o material e liberar, entendeu? (...). “E, no entanto, todo mundo trabalha”.*

DM1 retomou, gerando polêmica, no sentido de que quem não tem visibilidade, *“em compensação vocês não têm reclamação”. A reação de ENF1 (“essa é a questão: o que que é pra você ter visibilidade na Unidade que você trabalha? Que que é se sentir valorizado?”) e ENF2 (“eu acho que é fazer bem aquilo que eu sei fazer, favorecendo quem vem aí. Eu tenho essa visão, mas nem todo profissional que trabalha aqui tem essa visão assim. Tem muita gente que vem aqui para ganhar um dinheiro e vai embora. Ponto!”) é nevrálgica.*

A partir desse momento a discussão se encaminhou para englobar a avaliação (e a auto-avaliação), incorporando uma análise sobre a relação entre produtividade e qualidade do serviço e a carga horária contratada, seu cumprimento ou não.

DM1 relatou que em outro local onde trabalhou tinha um colega médico “*cumpridor do horário*”, mas que nenhum paciente queria ser atendido por ele, pois alegavam: “*Ah, doutora, eu peguei número pra senhora porque eu tive [sic] naquele ali do lado e ele nem olha pra cara da gente*”. DM1 avalia em relação ao médico citado, que “*quem tava ali era o corpo, mas o espírito...*”

MED1 entra na discussão: “*não, mas às vezes o que mais irrita é quando quem tá gerenciando diz assim: – Esse que é legal porque ele chega às 7 e sai às 5*”. Daí uma série de falas vão se desenrolando, parecendo incorporar situações daquele próprio CMS:

DM1: *Não esse aí era um caso tão ‘hors concours’ que o gestor tinha horror dele também. [...] Mas às vezes você tem colega que fica dentro do setor, mas na verdade ele não...não...não produz adequadamente, não atende as pessoas adequadamente, não faz com que uma pessoa que esteja desistindo do tratamento, retorne ao tratamento.*

TL1: *Às vezes você chega no setor e vê uma pessoa lá mexendo, mas ela não está trabalhando, ela finge que está fazendo, pra hora passar. Quando você vai ver, não fez nada, simplesmente esteve presente o tempo inteiro no setor.*

DM1: *Você que tá ali atendendo, sobrecarregado, quem trabalha é visto, então você acaba pegando os doentes mais complicados, mais irritados, os mais complicados acabam caindo pra quem trabalha. E aí eu fiz uma opção, eu não trabalho mais na emergência por que eu não tenho temperamento pra isso. Eu não consigo ficar com uma prancheta na mão andando pra cima e também não consigo ficar engolindo sapo, só eu, eu não, eu e mais uns dois ou três ficar de Cristo pra uma equipe que são sete ou oito pessoas. Então, resolvi abrir mão e não trabalho na emergência e vou trabalhar no ambulatório, por que no ambulatório eu tenho outros problemas, mas dentro do meu planejamento eu tenho menos um fator, que é me irritar e ver os outros deitados nas minhas costas. Eu procuro trabalhar de uma forma que eu tenha pelo menos o controle do que eu faço dentro do universo... pequeno.*

TL1: *Eu convivo com isso e tenho dificuldade de lidar com isso. Eu acabo achando que trabalho mais do que os colegas.*

Em seguida, Milton retomou a questão da visibilidade por meio de uma categoria utilizada em Encontro anterior por PO1, a “*espiritualidade*” mobilizada para

trabalhar, considerando-a um “sexto sentido”: *“(...) não é só o olho que a gente usa, como a gente usa os outros sentidos, inclusive o ‘sexto sentido’, pra entender, por exemplo, que médico eu vou procurar. Eu olho, mas não só com o olho, eu olho de uma maneira muito global que é difícil inclusive a gente analisar. [...] Todo trabalho tem essa uma complicação. Por que tem coisas que a gente não consegue ver. Tem que chegar ali perto, conversar com a pessoa para entender. [...] Como é que a gente consegue ver o trabalho do outro, é muito difícil. Porque inclusive não vê o próprio trabalho”.*

O relato de DM1 confirmou essa observação, quando falou que o colega médico estava presente na Unidade com *“o corpo, mas o espírito...”*. Certa ‘sensibilidade’ (ou seria um ingrediente de competência?) é necessária para o desempenho da atividade de trabalho, mas também é necessária ao doente no que concerne à procura do melhor profissional para se tratar e da melhor maneira de se relacionar com ele ou para conseguir ingressar onde considera ser o melhor local para fazer seu tratamento.

MILTON: *Então, essa palavra visibilidade não é nada simples, inclusive tem uma coisa em torno da nossa intimidade, ninguém vai dar visibilidade a tudo o que faz na vida, por que é minha, eu com os meus botões. Muitas vezes o que é visível é exatamente a hora que alguma coisa dá errado. Aí vem logo a bomba, né?*

ENF2: *E tem o contrário, justamente na hora em que, por acaso, está fazendo alguma coisa é que é visto.*

ENF1: *Nos plantões de Enfermagem a gente fala muito sobre isso. Na hora que a gente acaba todo o serviço, todos os banhos, todos os curativos, que a gente senta um pouquinho, a gente fala “a chefe tinha que aparecer agora que a gente tá sentada? Parece que ninguém fez nada, né?”*

MED2 lembrou de uma discussão que teve com uma funcionária que estava conversando (*“lá fora fazendo ti-ti-ti”*) e atrapalhando seu atendimento, pois com a conversa os pacientes não a ouviam chamá-los. Quando reclamou ela a enfrentou apresentando-se como *“a enfermeira”* e perguntou se ela achava que só ela estava trabalhando e ela não. MED2 então, interpreta o movimento da funcionária. Colocando as ‘mãos nas cadeiras’, disse que a enfermeira, pela ousadia e atitude de enfrentamento, pareceu com a *“Xica da Silva”*.

RISOS.

Milton chamou a atenção para o fato de que ATCEO também usou a representação corporal, naquele caso para demonstrar movimentos e atitudes de membros da Direção. E prossegue:

MILTON: *Como eu tava falando, tem coisas que só aparecem, só se tornam visíveis quando dão errado. Aí você falou de um outro, como é que é?*

ENF2: *Eu falei que pode acontecer o contrário: eu nada faço, no momento em que eu estou fazendo alguma coisa o diretor aparece.*

ENF1 apontou que aí está um problema. Dá o exemplo da aprendizagem escolar afirmando que a nota da prova não dá a avaliação do aluno como um todo. Segundo ela não se pode avaliar uma pessoa por um momento isolado, tem que ser levado em consideração toda a trajetória dela, todo o envolvimento dela.

MILTON: *É interessante que apareceu agora aqui um deslocamento curioso. A gente tava falando de visibilidade e valorização. Aí de valorização já virou avaliação. É a mesma coisa? Como é que é isso?*

ENF1: *A avaliação dá um valor a alguém. Quando você avalia você tenta valorizar, pra mais ou pra menos, dar valor. Esse dar valor pode ser minimizado ou maximizado.*

MILTON: *Então, você dá valor ao processo de trabalho ou ao trabalhador?*

ENF1: *As duas coisas.*

MILTON: *Ao mesmo tempo?*

ENF1: *Importa não só o que você acha do seu trabalho, mas também o que os outros acham.*

Daí iniciou-se uma conversa envolvendo várias pessoas. Uma disse que seu trabalho foi valorizado, pois um paciente mandou lhe entregar um presente. Outra disse que nunca mais ganhou panos de prato, pois ganha panos bordados de pacientes. Milton chamou a atenção para o fato de que ALM1, não ganha presentes, seria por que tem menos visibilidade trabalhando no Almoxarifado?

MILTON: *O que do ponto de vista da ciência, o que os estudos sobre gestão têm indicado é o seguinte, quando fala de avaliação: é que a gente tem uma tendência, muito perigosa, que é de avaliar não o processo, mas acabar avaliando a pessoa, e*

quando a gente faz isso, queima toda a riqueza da avaliação. [...] Agora quando a gente consegue fazer essa distância entre o processo e a pessoa, aí sim, num segundo momento essa pessoa pode ter um sentimento de não ter sido criticada.

Milton deu o exemplo do professor que avalia os alunos, criticando-os, apontando onde cometeram erros. Para Milton pode-se entender que o professor-avaliador está avaliando o processo, ajudando a dar um passo adiante, não avaliando a pessoa. E a polêmica em torno da avaliação, da crítica se desenrola.

ENF1 entra na discussão dando como exemplo o caso de um funcionário que sempre cumpriu adequadamente com suas atividades (*“trabalha bem, cumpre horário, bom funcionário”*) e, em determinado momento começa a cometer algumas falhas, *“agindo de forma diferente do que é o normal dele”*. Afirmou que é necessário procurar saber o que está acontecendo, que problema está acontecendo, *“o que que está degringolando ali”*, por que as atitudes daquela pessoa não estão condizendo com o seu desempenho habitual.

ENF1: *O difícil é você aceitar [a crítica], o difícil nessa relação é que você toma isso como pessoal. Então você tá criticando a situação, não é a pessoa e muita gente toma isso pra si. Eu, pessoa, não! Tô falando de trabalho, de processo, o que que tá acontecendo, por que que não tá indo bem...*

MED2: *Eu não sei. Eu acho que eu tô acostumada com crítica. Eu acho que sim, a minha vida inteira [...]. Na Medicina a gente ouve muitas críticas, as críticas dentro da própria Medicina são muito diretas, o médico tem que aprender com isso. Você não pode errar, você tem que fazer direito. Eu acho que o médico paga por esse sistema, talvez mais do que todos os funcionários da Saúde, por que a gente carrega um fardo de não poder errar, não é? A gente não pode errar. O erro talvez... no papel é no papel, mas o erro com um paciente...*

MED2: *Eu lembro que quando eu acabei a faculdade de Medicina eu tive uma crise, até pensei: serei ou não serei médica?. Aí parei para pensar, discutir...*

MED1: *Isso aqui é pior do que Exército! Eu não posso errar [...]. A gente está aqui conversando sobre uma situação como se fosse possível esperar. Não dá para esperar, você tem que decidir! Eu acho que na Saúde isso fica mais difícil. Separar a sua questão profissional de você, pessoa fulano de tal, né? Eu vejo assim, se você falar que o meu sapato é feio, não vou nem ligar. Eu não estou preocupada se a minha roupa tá fora da moda, isso não vai me incomodar mesmo. Se você disser para mim que eu errei com um paciente eu fico mal... Isso vai me fazer muito mal.*

Milton indagou a MED1 se no caso dela ter de fato errado, perceber que fez algo errado e receber uma crítica, isso a ajudaria.

MED1: *Eu tenho muita dificuldade de aceitar crítica destrutiva, dizendo que eu errei.*

MILTON: *Mas, e se for construtiva?*

MED2: *Se disserem que eu errei gravemente e eu tiver culpa eu vou queimar metade do meu estômago na hora. Eu não vou admitir isso de mim, entendeu? Eu vou tentar digerir isso.*

MED1: *Eu vou tentar encontrar uma maneira de justificar.*

(neste momento várias pessoas falam ao mesmo tempo)

MILTON: *Mas a palavra-chave ela falou aqui, agora: culpa.*

MED2: *Eu vou digerir isso muito mal, vou ter uma gastrite, com certeza. Eu até aceito, mas com muita angústia. [...] Com meus vinte e poucos anos eu achava que eu era um ser humano perfeito. Então, quando a gente percebe isso é muito duro. Eu queria ser perfeita, eu não só procurava a perfeição como eu achava que podia atingi-la. Mais ou menos, eu estou exagerando um pouquinho nessa elaboração, mas essa hora em que você descobre que você não é perfeito é muito triste.*

ENF2 intervém e diz que o fato da pessoa perceber que errou remete à consciência do seu dever, do seu compromisso, da sua responsabilidade perante o outro, ao que MED1 retruca dizendo que é diferente, pois estavam falando da situação de ter alguém apontando para o erro cometido, para a culpa. Diz que “você perceber sua culpa e arrumar é melhor”, do que quando o outro mostra.

MED1: *Você vê que você tá errando e você: “Não, deixa eu consertar”, é melhor, é menos ruim.*

ENF2: *Agora com certeza não pode deixar de consertar por que o outro mostrou. Quando a gente de alguma maneira percebe que errou e que sente essa culpa é por que a consciência, o compromisso, a questão ética realmente [...], no momento que vai deixar pra lá é por que não tá nem aí.*

MILTON: *Pois é, usando a palavra visibilidade, a pergunta poderia ser também: a partir de que olho? Meu olho tudo bem, agora o olho do outro? Quem disse que eu autorizo o outro a ficar olhando os meus erros? Eu não dou autoridade a ele.*

MED2: *Eu acho que também tem um tempo, isso que a gente tá falando. Você de repente, na hora não aceita, vai lá digere, depois no dia seguinte, dois, três dias depois, já consegue.*

MED2 acha que é importante quando se denuncia o erro de alguém e dá um tempo para ele digerir essa denúncia. Afirmou que denuncia muitos erros dos pacientes para eles mesmos. Relatou uma situação em que ela tinha que constantemente repreender uma mãe de uma paciente diabética de uns 10 ou 11 anos que culpa a filha por que está *“comendo errado”*, pois ela e o pai da menina comem o que querem, pois não são diabéticos e a menina tem que aprender que não pode comer certos alimentos. MED2 disse que denunciou para a mãe o erro nos cuidados com a filha, pois ela não iria espontaneamente solicitar a ela comida saudável ou escolher o que ela poderia comer no fim de semana.

Milton chamou a atenção para o uso das palavras culpa e denúncia, introduzidas no debate por MED2. Ela reforçou que é mesmo uma denúncia, pois tem que denunciar para essa mãe que ela não está cuidando adequadamente do tratamento da filha. *“Olha o que você está fazendo, ela só tem 11 anos, alguém tem que fazer essa comida. Ela não vai chegar pra você e dizer: eu quero essa comida”*.

ENF1: *Isso é muito complexo, muito complicado. Primeiro, por que eu acho que tem uma diferença muito grande entre o cuidar e o curar. A partir do momento que o profissional de saúde entender que ele não está aqui pra curar e sim para cuidar, esse medos vão desaparecer, a gente vai entender que não é todo poderoso, que eu tenho todo o poder na minha mão. O paciente é que é o detentor de tudo.*

Embora esteja superestimando o ‘poder’ do paciente, ENF1, em sua fala, de certa forma aponta para a importância do papel deste (e de seus conhecimentos a respeito de sua saúde/doença) na relação de serviço com o profissional de saúde. Apontamos para esse aspecto mais precisamente no capítulo 2, quando propusemos, com base no pensamento de Paulo Freire, pensar-agir ao largo de práticas de saúde ‘bancárias’, tendo os usuários como participantes ativos numa relação que não pode ser de mão única, e sim de duplo sentido, de diálogo sinérgico (uma maiêutica em duplo sentido, como propõe Schwartz [2000]), que possibilite a co-produção do novo como resultado de certa dialética e não de uma simples soma das partes.

Nesse momento ENF1 dirigiu-se a MED2 para apontar que o comportamento da mãe, relatado por ela, pode ser entendido como uma defesa, relativa à dificuldade da mãe em lidar com a doença da filha. MED2 respondeu dizendo que entende tudo isso, mas indaga: *“como é que faz para ajudar essa criança?”*.

ENF1, enfática, pergunta: *“como é que faz pra ajudar essa mãe? Eu aí detecto problema na mãe!”*.

MED2 passou então a relatar outro tipo de abordagem que vem tendo com essa mãe, além da denúncia. Disse que tem dedicado mais tempo a ela, procurando conversar e incentivar a consulta com outros profissionais de saúde (psicólogo, nutricionista), demonstrando um tipo de abordagem mais compreensiva, mas, realçando sua preocupação em cuidar da doença da menina.

Após algumas considerações de Milton e Wladimir, ENF1 retoma:

ENF1: *Não tá nada tão certinho, tem vários fatores aí no meio, que a gente não esperava, mas que vão entrar e que você vai ter que driblar isso aí pra mudar teu planejamento, talvez.*

MILTON: *Então quando a MED2 (cita o nome) tá usando a expressão angústia, a angústia pode ser operadora de saúde. Você vive aquilo de uma maneira dura, você pode perder o sono, você pode ficar triste, tristeza é uma coisa, depressão é outra. Então, ficar triste faz parte da vida. [...] Não tem que ter medo da angústia, seria melhor ter medo da culpa. A culpa não leva a gente a lugar nenhum.*

Milton ressaltou a utilização por uma participante da noção de “angústia” e chamou a atenção de que ela pode ter uma função operadora de saúde. Hélder lembrou de uma situação de que teve conhecimento quando realizou uma pesquisa no hospital. Numa reunião de equipe para discutir critérios de morbimortalidade em que se definiu que os casos em que o paciente “complicar” ou o risco de dar errado ou o que não era esperado, eram eles (pacientes) que estavam errados. Considerou esse episódio interessante para se pensar que a formação médica, do profissional de saúde é vista “como se tivesse que ter uma coisa divina”. Tema que se desenvolveu:

MED1: *Mas é essa a idéia que se traz da Medicina até hoje. O médico é aquele ser superior.*

DM1: *O “semideus”.*

MED1: *Se você olhar, não é nada disso, a gente é igual a todo mundo. Mas o médico quando você olha na Saúde, outros funcionários da Saúde, o médico é considerado aquele ser superior. Quem tem formação em Saúde Pública tem o olhar diferenciado. Hoje em dia a gente sabe que não tem mais isso, a gente tem uma coisa que interage, mas ao longo dos anos o que se pensa, o que se veicula é isso: “o médico é aquele ser superior da Saúde”. Você se sente na obrigação de acertar*

sempre. Não é, a gente é igual a todo mundo. Não existe superioridade em nada, por que eu também tenho dúvida. E aí? Faz ou não faz?

MED2: *Alguém tem que ter a ordem, alguém tem que dar a palavra e geralmente sobra para o médico. Mesmo você não sendo superior um dia alguém chega e fala assim: “E aí? Opera ou não opera? E aí? Vai ou não vai? E quem vai decidir? Tem que ser ele, ele tem que ter essa habilidade, ele tem que construir essa competência. [...] Você vai dar a última palavra, mesmo que você não queira.*

Milton ressaltou que “ao mesmo tempo que a sociedade supervaloriza o médico e o próprio estudante de medicina acaba sendo formado pra se achar um super homem, ao mesmo tempo a sociedade vai desmontando, dia a dia [...]”. E leu um trecho de uma carta de um leitor enviada para o jornal queixando-se dos baixos salários oferecidos aos médicos na rede pública em contraposição aos salários de mais de seis mil reais oferecidos no Senado Federal para candidatos que tenham apenas o ensino médio. Demonstrou que se por um lado há esse aspecto de supervalorização, de outro lado há uma desvalorização, marcada, especialmente pelo baixo salário oferecido, a despeito de toda a formação exigida para se exercer a profissão de médico.

MED2 acrescentou a informação de que há muitos médicos cursando Direito para fazer concursos públicos e deixar a profissão e ainda de que a média de idade no Serviço Público tem aumentado, os médicos do ambulatório estão se aposentando e não há “peça de reposição”. Segundo ela, poucos médicos querem se habilitar hoje em dia ao trabalho no Serviço Público, pois pelo que é oferecido, só quem está, já se envolveu, acabou ficando por amor ou alguma outra coisa. Milton acrescentou: “uma paixão!”.

MED2: *Agora quem deveria entrar, obviamente está sendo instigado a não entrar. Então, existe uma política pública clara de desmantelamento do Serviço Público de Saúde.*

TL1: *Tem muita gente que se inscreve, passa no concurso e não vai, né? Por que é bom fazer o concurso e passar, a gente se sente bem, é bom para o currículo. Eu faço isso. É bom fazer isso, é uma sensação boa...*

WLADIMIR: *Nisso [a pessoa] também se avalia, né? [...] Eu queria retomar uma coisa que a TL1 (cita o nome) colocou sobre a questão da visibilidade. Ela falou: “Aahhh, nuns setores o trabalho aparece mais, têm mais visibilidade, têm mais números para apresentar”. Isso faz a gente refletir também ... a questão da produtividade. O que, que é a produtividade? Como é que você mostra sua*

produtividade se ela não aparece em números, como é que ela aparece? Como é que você, é..., faz o seu trabalho, como é que ele é produtivo? Depois nós vamos retornar a esta discussão, mas alguém falou assim: “Aahhh, aquele que chega na hora e sai na hora?” É uma discussão pra gente pensar também. O que que é isto? Como é que a gente faz a nossa produtividade? Como é que isso funciona? Na verdade a gente está aqui, pensando, quer dizer, quando a gente convoca isso, quando a gente tenta um caminho de discussão, é para pensar isto mesmo, né? Aí falando agora como diretor, como que a gente pensa a nossa produtividade, como é que a gente pensa o nosso reconhecimento? A gente fala, mas fala pouco do usuário. Como é que o usuário vê o nosso trabalho? Alguns são reconhecidos, outros não. [...] Que produtividade é essa que a gente tem? Quem avalia essa nossa produtividade, nós nos avaliamos internamente? Avaliamos o trabalho do colega, mas somos avaliados também.

ENF1: *Produtividade ou qualidade ?*

WLADIMIR: *As duas coisas estão articuladas.*

Inicia-se um debate sobre a relação entre quantidade e qualidade:

VOZ FEMININA (TL1?): *Número diminui qualidade.*

ENF2: *Depende.*

VOZ FEMININA (TL1?): *Ah, eu acho. Número cai a qualidade.*

Alguém pergunta: “É indiretamente proporcional ? É isso?”

VOZ FEMININA (TL1?): *Uma coisa pouca você consegue fazer melhor.*

DM1: *Não sei!*

ENF2: *Às vezes depende do que é!*

MILTON (para ENF2): *Ela tá pensando numa situação, você talvez esteja pensando em outra.*

TL1: *O profissional de saúde tem que se conscientizar de que ele está aqui pra ajudar no tratamento, pra cuidar, só que o paciente vem aqui buscar a cura [...], o tratamento, de repente, ele nem visualiza tão bem, mas ele quer o resultado final daquilo.*

ENF1: *Mas, é por que nós, profissionais de saúde, passamos isso para o paciente.*

ENF2: *Olha só! Uma coisa que a gente não vai pedir na RPI⁷⁵, não vai ser quantificado. Mas até onde duas pessoas chegaram para você querendo, achando que vão querer a cura e que você consegue mostrar isso, que ali é para cuidar,*

⁷⁵ RPI: Registro de Produção Individual, documento preenchido por cada profissional para registrar seus atendimentos em cada turno trabalhado.

tratar e esse cuidar depende da forma dele agir e que modificou o modo de agir e de pensar dele em relação a isso, isso foi formidável! Agora não vai ser medido. Não tem como botar lá na RPI que você conseguiu isso!

(VÁRIAS VOZES, INAUDÍVEL).

TL1: *O governo quer o quê? Número!*

WLADIMIR: *Como é que a gente concilia isso, então? A MED1 (nome) tem vinte 20 pacientes para atender. Seria bom que ela pudesse ficar um turno dela inteirinho atendendo um paciente. Dando toda a atenção, quatro horas...*

MED1: *Nem tanto, peraí!*

WLADIMIR: *Pois é ...*

MED1: *Ninguém ia agüentar, nem ele, ia ficar doido para a gente acabar!*

WLADIMIR: *Pois é, pelo exemplo que ela tá dando. Se o número, a quantidade prejudica a qualidade, se ela pudesse ficar um turno com um paciente, os outros dezenove, o que que a gente faz com os outros dezenove ?*

MED1: *Remarca!*

TL1: *Dá pra trabalhar melhor com 10 do que com 20!*

(VÁRIAS VOZES, INAUDÍVEL).

Alguém comenta: “É, depende, depende, depende do momento.

MED1: *É..., mas olha só, a gente tem toda uma situação especial na Saúde. Porque na Saúde em lugar nenhum se cumpre a carga horária plena, então o que que é a opção para não se cumprir essa carga horária plena por que se paga mal por essa carga horária, que é grande. Então, as pessoas reduzem a carga horária, mas, por conseguinte, elas têm que manter o número de atendimentos, que é isso que se exige a nível de gestão, lá, central, né? Então o que você faz? Você começa, é... uma hora que você teria que atender quatro pacientes você atende oito. Então você tem metade do tempo pra atender aquele paciente. Isso aí, é uma coisa muito difícil de se gerenciar. Porque você pode chegar para o profissional e dizer assim: “não, não tem problema se você não quer atender assim, você pode fazer o seu tempo todo e aí você atende pouquinho”. Só que a gente sabe que isso não é viável. Porque a gente sabe que o profissional não ganha adequadamente pra trabalhar ali. Uma coisa é que as próprias Secretarias sabem, isso é em todo lugar assim. Então, traz essa questão, traz essa questão, como gerenciar isso aí? Se vou atender, pra apresentar aquele número eu teria que apresentar as vinte e quatro horas que é a minha carga horária, mas aí...*

ENF2: *Eu não sei responder essa pergunta, eu não sei responder essa pergunta... Eu gostaria que alguém soubesse!*

WLADIMIR: *Eu também!*

(VÁRIAS VOZES E RISOS).

ENF2: *Eu não digo que vá responder, mas não sei, de repente até ...até onde a busca de forma e estratégia não vá contribuir nisso aí. Eu vou usar até da minha prática, tá? [...] Então até onde cada um que eu atender ou orientar em tudo, ou eu adequar, fazer uma palestra com o grupo todo, tirar dúvidas e depois a cada um, tirando essas dúvidas, eu não vou alcançar muito mais?*

Iniciou-se um debate inaudível. Em seguida Milton incidiu com a possível fertilidade de pensar com dois diferentes conceitos: o de produção e o de produtividade, esclarecendo-os.

Hélder lembrou que TL1 citou o exemplo de pessoas que “*não contribuem*”, trabalham em seu setor, mas provocam a sensação de que “*eu tenho que trabalhar por mim e pelo outro*” e ressalta o quanto isso é complexo, quando o que é exigido é a produtividade do setor e não da pessoa. Milton intervém para retomar que se estava falando de ‘valorização’, o que pressupunha um “debate de valores”: “*esses colegas que não conseguem trabalhar em conjunto, é por que têm valores diferentes*”.

Milton citou o exemplo do ‘modelo japonês’ e dos círculos de controle de qualidade para apontar para a importância de se controlar a qualidade ao longo do processo de produção. Esse controle não é uma prerrogativa somente dos administradores, mas de todos, até do trabalhador considerado mais simples. A qualidade deve assim, ser considerada não só para o produto, mas também para o processo. Isso a indústria descobriu, mas pode ser trazido também para a área de Saúde e, especificamente para o CMS.

Então, ENF2 disse que quer pontuar algumas coisas. Uma delas é que há uma diferença entre a iniciativa privada e a rede pública, onde lamentavelmente pode-se perguntar: “onde foi parar a manutenção, reparo, conservação?”. Para ela, no caso de um servidor que aponte, por exemplo, uma máquina apresentando defeito, ele vai ser taxado por alguns gerentes como “*chato, reclamador,*

perturbador, que só aparece para reclamar". Outro ponto é que às vezes as pessoas desistem de apontar os problemas, pois já reclamaram *"dez vezes que a máquina está apresentando isso [defeito]"*. *"É o que nós encontramos, lamentavelmente, em grande parte do Serviço Público no Brasil"*, concluiu ela.

MED2 apresentou seu ponto de vista sobre essa questão, acerca do: *"como motivar as pessoas"*, pois *"as pessoas precisam se envolver naquilo que elas estão fazendo"*.

Passou a relatar que em outro município onde trabalha tem "um cargo de liderança" e tem diversos problemas. Alguém comentou com ela que em 'Caxias' ela fica mais tranqüila, não se estressa tanto, não precisa se envolver tanto, já que não tem cargo. MED2 discordou dessa pessoa, pois para ela é a mesma coisa, não faz diferença, pois se envolve da mesma maneira, com o mesmo nível de responsabilidade. *"Tudo é uma questão de se envolver com o que você está fazendo"*. Para ela, na Saúde não tem a questão do dinheiro para motivar, então, tem que haver uma outra coisa para motivar. Indaga: como encontrar uma maneira de motivar àqueles que não têm motivação, já que cada um tem o seu modo de ser motivado, o seu motivo?

Rodrigues, Leitão e Barros (2000, p. 12) chamam a atenção para uma possível dualidade presente nas noções de envolvimento e comprometimento (que circularam no debate, trazidos especialmente por MED1 e ENF2). Se por um lado, afastam "de imediato qualquer pretensão de neutralidade quanto ao objeto, em saudável oposição ao positivismo, por outro deixam passar um 'cheiro' de ideal ascético". Observam que este ideal percorre o uso do termo *implicação*, como algo que exige esforço, certa mistura de dedicação com renúncia, compromisso e dever. Uma paixão, mas uma paixão normatizadora, voltada para o que há de instituído, pelo progresso, pelo bom funcionamento organizacional. Contrária a essa visão está a Análise Institucional (AI), pois esta é colocada em processo não por uma vontade de atingir um ideal, uma verdade, mas uma vontade política de produzir novos problemas (eliminando os falsos ou pseudoproblemas) e a vontade de inventar novos modos de lidar com eles. Por isso a AI considera que se tratam de *implicações* e não de (um tal ou qual tipo de) *implicação* e que estas devem ser colocadas em análise, ter seus elementos decompostos.

"'Análise das implicações' é uma expressão operacional estreitamente articulada a outro conceito operacional: o de *transversalidade*. Aumentar o índice de transversalidade de um grupo é também colocar em ação análise das implicações,

não como uma ‘coisa de especialistas’, mas das análises sem autoria personificada, ou melhor, de autoria coletiva” (RODRIGUES; LEITÃO; BARROS, 2000, p. 13, aspas e itálicos das autoras).

Nesse sentido, Milton propôs “fazer uma ponte” entre o que vinha sendo conversado e a apresentação que seria em seguida feita por Wladimir, já que a temática está intimamente relacionada.

Antes, MED2, dizendo ter ficado “incomodada” (analisando suas implicações?), retomou o assunto a respeito do tempo disponível para atender, da qualidade, etc. Alegou que o trabalho que conseguem fazer no seu setor, quando todos os atores estão presentes (médicos, técnico de enfermagem, recepcionista, etc.), dá para fazer um trabalho de qualidade, “um serviço decente”. Esclareceu que os pacientes de primeira vez demandam uma consulta de mais tempo do que os subseqüentes, lembrando que no CMS trabalha-se com Programas e, em sua opinião é possível fazer um bom trabalho dentro do que é proposto para atendimento na ‘Diabetes’. Afirmou que falhas no atendimento devem-se ao fato de que em alguns dias falta uma parte da cadeia, um dos atores imprescindíveis, que deveria estar colaborando.

Após todos ouvirem essa ressalva de MED2, passou-se à apresentação na modalidade *data-show*. Inicialmente foi abordada a questão do Serviço Público, enfatizando-se, para posterior debate, as noções de *serviço*, de *público*, de *saúde* e de *relação de serviço*, permeando-as com a idéia de *valores*. Foram realçadas algumas especificidades do trabalho em Saúde, como por exemplo, ser relacional, face a face com o usuário, na maior parte das situações. Essa característica apresenta vantagens e desvantagens, prós e contras. As relações entre profissionais e usuário e entre os profissionais entre si são bastante intensas e mobilizadoras, havendo que destacar nelas a importância do nível de cooperação, comunicação, informação e compreensão existente para seu desenvolvimento eficaz.

ENF1 assinalou que, como dito, é preciso diferenciar bem *informação* de *comunicação*, por que, segundo ela, às vezes há a informação, mas a comunicação não acontece. Wladimir lembrou que o que ENF2 disse remete às discussões anteriores sobre o Almoxarifado, a comunicação entre os setores para saber quais são as necessidades, o planejamento, etc. Milton acrescentou que “*compreender é mais do que estar informado*”. Para ENF2 a forma como a comunicação é feita também é importante, pois cada setor ou pessoa pode interpretar de uma maneira diferente. Wladimir lembrou que a Direção criou uma norma para regulamentar os

horários de atendimento e de encaixe que na prática não funcionou, por que alguns setores tiveram dificuldade de implementar e alguns funcionários para entender ou para cumprir. Essa norma foi rediscutida ao nível da Direção e suspensa provisoriamente, até que fosse possível incluir os outros atores envolvidos para rediscuti-la. Por outro lado, a inexistência de regras claras também é apontada como causadora de problemas. Citou-se o exemplo de funcionários que se queixaram ao diretor, quando este iniciou sua atividade na Unidade, de que não sabiam quais eram as regras, todo o mundo que lá chegava dizia alguma coisa e que para eles era difícil saber como proceder, tendo mesmo que se orientar por suas próprias regras.

Sabemos que a renormatização é uma característica do humano, mas ressaltamos também a necessidade do prescrito para apontar o horizonte a seguir. A ausência dessa prescrição, de regras claras e passíveis de serem cumpridas, gera toda uma série de dificuldades e transtornos (inclusive os transtornos mentais e os distúrbios psicossomáticos).

Hélder complementou afirmando que a comunicação está relacionada com a cooperação e a confiança e estas não podem ser prescritas. Cooperação e confiança dependem de uma construção coletiva que exige cuidado permanente e respeito às regras comuns de trabalho e convivência. Aponta ainda que a participação do usuário influencia na assistência e indaga como é possível refletir com o usuário como deveria se dar essa participação.

Wladimir colocou uma questão: como caminhar na direção de uma relação de serviço que comporte uma abordagem compreensiva que envolva e mobilize todos os agentes (trabalhadores, usuários, governos, etc.). Retomou a temática da *humanização* pela via da *comoção* (*comover, mover com, pôr em movimento*, conforme proposto por Jouanneaux), pensando envolvimento e mobilização pelo viés da implicação, do engajamento corporal, introduzindo a idéia de *corpo-si* (sem citar o conceito).

Milton realçou que o que o cliente/paciente espera é que o prestador do serviço modifique sua situação anterior, no caso, que alivie ou cure a sua dor, que trate ou cure a sua doença de modo ágil e eficaz. Acrescentou que a noção de usuário, que pretende sobrepor-se à já desgastada noção de paciente, também traz em seu bojo uma problemática. Ser usuário implica fazer uso, mas, é permitido ao usuário fazer o uso que melhor lhe convém? Começou então, um debate sobre os

vocábulos *paciente*, *usuário* e *cliente*, sem que houvesse consenso sobre qual seria a mais adequada.

À certa altura TL1 utilizou uma metáfora para demonstrar sua visão do CMS, como se fosse um corpo, a Portaria seriam as mãos que indicam aonde o usuário deve ir, o crânio a Direção, o cérebro os funcionários, a pele, os usuários.

Acrescentou que trabalhando com análises clínicas, vê um pote, uma lâmina, não como escarro ou fezes, mas como um paciente, alguém que espera por um resultado, alguém que precisa ser tratado, cuidado.

Diante disso, Milton lançou o “desafio” para que cada um, para o próximo Encontro, colocasse no papel alguns pontos que considere relevantes para discussão.

Wladimir assinalou que os Encontros têm sido importantes para que se possa perceber a complexidade e a importância do trabalho de cada um e acrescenta que só será possível o desenvolvimento se os trabalhadores estiverem juntos.

TL1 indagou se houver reuniões por setores ou por categorias funcionais e depois esses materiais serem trazidos para os Encontros se isso mudaria a proposta dos pesquisadores. Milton respondeu que mudaria para melhor. Uma técnica de Enfermagem (TE2), manifestando-se pela primeira vez, disse que quando chega em seu setor e começa a falar sobre o que foi discutido nos Encontros alguns dizem que “é palhaçada”. Várias pessoas se colocaram e disseram que alguns entendem dessa forma e outros não. Algumas pessoas começaram a participar com esse pensamento e depois mudaram, assim como outras confirmaram que não lhes interessava participar daquele tipo de dispositivo. O mais importante é que algumas pessoas estão interessadas e vêm participando e colaborando ativamente nos Encontros.

TL1 e TE2 manifestaram preocupação em relação às possibilidades de que o conteúdo dos Encontros possa não reverberar e envolver outros colegas. Gostariam que os setores se envolvessem como um todo. Milton assinalou que é preciso que se estabeleça para essas pessoas um mínimo de confiança no dispositivo ‘Encontro’ e no que acontece a partir dele.

ENF2 disse que ela e MED1 vão sutilmente introduzindo a conversa dos Encontros no setor. MED2, por sua vez, acha que é preciso ir dando exemplos, mostrando o que “vem rolando” e as coisas vão acontecendo, as pessoas interessadas acabam sabendo e vindo. ALM1 sugeriu que se faça um convite aos

setores específicos para participar. Wladimir lembrou que os caminhos do grupo são decididos pelo próprio grupo, que percebe até onde pode ir ou não e que naquele momento estavam surgindo diversas propostas. Dado o avançado da hora, sugeriu que a estratégia de ampliação seja pensada no próximo Encontro. Todos concordaram. Não se definiu um único foco para o encontro seguinte. Preferiu-se abordar o trabalho no CMS, a partir de tudo o que fora discutido naquele dia.

6.4 - Quarto Encontro: 15/10/2008

Nesse dia chegaram 3 funcionários que ainda não haviam participado de nenhum Encontro (1 médica veterinária, 1 médico veterinário e 1 psicóloga, respectivamente denominados aqui: VET1, VET2 e PSI2). Os veterinários atuam na sala da Coordenação de Controle de Zoonoses (SMS) existente no CMS, viram os cartazes convidando para o Encontro e, conversando com ENF1, resolveram participar. A psicóloga havia sido convidada por ENF1. A 'comunidade de pesquisa' estava cada vez mais se ampliando. No total, naquele dia compareceram 14 funcionários. Além dos já citados, tivemos a participação de 2 médicas, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 1 técnica de enfermagem, 1 técnica de laboratório, 3 atendentes de recepção, 1 assessor administrativo e 1 agente de portaria.

Para oferecer alguns esclarecimentos aos novos participantes, foi feita uma recapitulação da proposta e do que veio sendo discutido nos outros Encontros até aquele momento. Esse Encontro ocorreu após as eleições municipais, com a vitória do candidato opositor (antigo prefeito por dois mandatos consecutivos, de 1996 a 2004) e já se levantavam indagações sobre a permanência ou não dos membros da Direção na Unidade e de uma provável interrupção dos Encontros.

Hélder ressaltou que os Encontros objetivavam colocar o trabalho dos funcionários do CMS como foco de discussão para melhor refletir como o trabalho ali está acontecendo, para poder analisar as dificuldades que enfrentam e as soluções que têm sido pensadas. Lembra que os Encontros sobre o Trabalho são uma extensão dos encontros e debates que já vinham ocorrendo nas reuniões do GTH. No primeiro alguns trabalhadores priorizaram, demandaram uma discussão preliminar sobre a importância da valorização dos funcionários.

Entendemos que uma maneira de começar a valorizar o trabalho é poder conversar sobre ele, sobre as questões que acontecem no cotidiano, considerando o ponto de vista da atividade de quem trabalha, de quem tem experiência do dia a dia de trabalho, aliando isso com algumas produções de estudos e pesquisas sobre o trabalho humano, seja no serviço de saúde, seja em outro campo de trabalho. Contribuições teóricas que podem dialogar com os protagonistas da atividade, construindo um dispositivo que se denomina de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), cuja proposta prevê uma confrontação no sentido que lhe dão Faïta e Maggi (2007). *Valorização* foi o primeiro tema gerador (FREIRE, 1974), o deflagrador das discussões e apresentações posteriores que envolveram os outros temas já citados anteriormente.

Wladimir acrescentou que a partir deste tema inicial procurou-se explorar outros focos utilizando-se conceitos para ‘fazer a ponte’ entre a experiência de cada um que trabalha e aquilo que a ciência oferece de contribuição para que se possa refletir sobre a atividade de trabalho. Esses dois tipos de saberes (o saber do trabalhador que está na atividade e o saber científico) que se encontram numa CAP são entendidos como complementares e não como excludentes. Foi lembrado que não haveria Encontro no mês de novembro por que após aquele dia os pesquisadores iriam se debruçar sobre todo o material gerado nos Encontros para apresentar uma proposta de relatório final para ser discutido no dia 10 de dezembro, data do último Encontro programado. Em seguida, uma breve retrospectiva dos conceitos trabalhados até então nos Encontros foi feita por Wladimir através de cinco *slides* apresentados em *data-show*.

Hélder propôs que após a apresentação de Wladimir cada um dos presentes falasse pelo menos uma palavra que, em seu entender, representasse a sua atividade profissional no CMS. A idéia baseava-se em uma brincadeira conhecida como ‘a palavra é...’, na qual os participantes têm que cantar uma música que contenha a palavra proposta pelo parceiro. No caso do Encontro buscou-se com essa proposta lúdica incentivar a atividade languageira e a circulação das falas.

Wladimir iniciou a apresentação falando de sua tese de doutorado em desenvolvimento no PPGPS/UERJ, tese da qual o CMS constituía-se como campo empírico. A proposta de pesquisa-intervenção no CMS cumpriria assim um duplo objetivo: atender a uma demanda advinda dos trabalhadores através das discussões

iniciadas no GTH e gerar materiais para o desenvolvimento da tese em andamento e das pesquisas do grupo Actividade. Retomando a idéia central que norteia os pesquisadores, o entendimento de que ‘trabalhar é gerir’, Wladimir prosseguiu:

WLADIMIR: [...] *A questão da gestão não é uma exclusividade do que geralmente se chama de “gestor”, do diretor, do secretário ou de quem está numa posição de governabilidade. Então a gente entende que trabalho, a Ergonomia da Atividade há algum tempo já traz isso pra gente, a importância da gente perceber que o trabalho não é uma execução mecânica, existe o trabalho prescrito, as normas, o conhecimento da nossa profissão, etc., mas cada um coloca um pouco de si para poder fazer o seu trabalho acontecer. Se cada um parar para pensar no seu trabalho vai constatar isso. Trabalho não é uma execução mecânica, embora haja a necessidade de regras, de normas, de procedimentos para nos orientar, cada um vai colocando seu ingrediente pessoal para seu trabalho acontecer. Então a gente entende que cada trabalhador faz uma gestão do seu trabalho, organiza, negocia com os colegas de trabalho, lida com um prescrito. A idéia básica é esta, cada trabalhador na gestão de seu trabalho precisa exercer determinado modo de gestão, seja um médico, seja um enfermeiro, o almoxarife, o pessoal da limpeza, tem que gerir de alguma forma o seu trabalho, levando sempre em conta seus conhecimentos prévios e, obviamente seus valores. Outra questão, essa gestão vai envolver o ser humano por inteiro. Todo o trabalho tem envolvimento intelectual, por mais simples que possa parecer, ele requer envolvimento afetivo, cognitivo. [...]* Voltando para a questão da valorização, a gente nesses Encontros falou sobre o paradoxo que é trabalhar numa Unidade de Saúde e ver colegas adoecendo, ver o quanto o trabalho tem esses dois polos: o trabalho ao mesmo tempo que nos mobiliza, que nos traz prazer, satisfação, por outro lado nos adoeca também, na forma como ele se constitui, se organiza. Então pensar saúde no trabalho, pensar o Centro de Saúde também passa por pensar a nossa saúde, o quanto a gente produz de saúde e o quanto a gente acaba adoecendo também.

Nesse momento, alguém entrou e solicitou a uma técnica de enfermagem que comparecesse ao seu setor para realizar um procedimento de urgência, o que permitiu a Wladimir lembrar aos participantes que tal situação, comum no trabalho em Saúde, não impede que os Encontros aconteçam, já que, como acentua Dejours, não se trata ali de questões individuais, mas de questões que dizem respeito ao coletivo de trabalho e mesmo que o grupo se modifique, com a saída ou ausência de pessoas ou ingresso de novos participantes, como os três recém-chegados, pode-se dar andamento ao que foi proposto.

Foi ressaltado que o que se propunha era pensar a questão da saúde no trabalho não como uma questão individual, mas através do foco no coletivo, passando pelas relações, pelas possibilidades de construção de um ambiente (físico e relacional) saudável, o que depende de cada um, enquanto parte de um coletivo, e

não individualmente. Esse processo de análise, compreensão, transformação pode tornar visível o que é possível e vivível a propósito da gestão do trabalho, abrindo caminho para se discutir as vias para uma possível gestão coletiva da Unidade, tornando-a um ambiente não (ou menos) adoecedor e sim (ou mais) salutar e gratificante. Mas, se cada um faz a sua própria gestão, caberia a quem está na posição de diretor, gerente, chefe, etc. fazer a gestão das diversas gestões e suas intercessões, o que só é possível realizar adequadamente quando há da parte destes um interesse genuíno pela atividade de cada um, aproximando-se para, num “olhar à lupa”, poder compreender algo da complexidade ali presente, fugindo do aparente conforto da posição de ‘mandar e desmandar’ com base em sua avaliação exclusiva para aceitar o desconforto de admitir suas incertezas e limites e entrar num processo de discussões, debates e críticas com os protagonistas da atividade, que no nosso entender é a única via que permite compreender-transformar o trabalho.

Hélder acrescentou que cada um cria estratégias próprias no seu trabalho para poder desenvolvê-lo, já que existe uma série de problemas no trabalho que nenhum curso prepara, dada a singularidade de cada situação, a peculiaridade dos acontecimentos, os eventos inéditos, as variabilidades.

HÉLDER: [...] *Começam a criar um jeito de trabalhar que é próprio de cada um. PO1 (nome) falava de quanto é importante a “espiritualidade” lá na Portaria. É um pouco essa idéia de que ao se defrontar com problemas, ao se defrontar com o desconforto, as pessoas começam a criar estratégias, não só estratégias do ponto de vista de especialistas, mas também estratégias riquíssimas, que está no modo de cada um. Como nós estávamos conversando: “eu procuro meu jeito de resolver lidar com a fila”. É essa estratégia que cada um vai procurar. Como é que é lidar com pessoas xingando, com pessoas nervosas? Isso é muito difícil! Inclusive isso não está no contrato de trabalho, não tem gratificação nenhuma, você não recebe algo a mais, não está pago. Você é pago para fazer o protocolo, mas esse algo a mais não é reconhecido, nem simbolicamente, nem economicamente remunerado.*

ENF2 observou que, por outro lado, tal discussão a faz ter a sensação de que não está sozinha, *“outros estão fazendo comigo”*. Além dela, *“mais alguém está fazendo”*, dando algo mais. Saber que há um grupo de pessoas que pensam e agem como ela lhe dá “fortaleza”.

Ressaltamos aqui a importância dessa constatação, chamando a atenção para o fato de que os diversos trabalhadores colocam o seu “algo mais”, mas que um certo isolamento e a falta de visibilidade do trabalho dos outros causa-lhes a sensação de que estão fazendo isso sozinhos, são os únicos a empreenderem esse

esforço extra. Aponta-se que o dia a dia de trabalho não se restringe ao cumprimento de protocolos e que o dirigente, como um trabalhador, também não pode se restringir a eles. Cita-se o exemplo das atendentes, que além de realizarem suas tarefas de marcação de consultas, organização do atendimento, etc. também precisam lidar com as peculiaridades dos seus setores específicos, como por exemplo, os setores de Saúde da Criança (Puericultura) e de Saúde Mental e mesmo o Laboratório, que ainda quando não atende diretamente ao público, de certa forma, lida com os problemas das pessoas, como no exemplo dado por TL1.

WLADIMIR: *Essa gestão que a gente está propondo, uma gestão coletiva do trabalho, ou o que a gente chama de ergogestão é exatamente isso, uma postura de olhar para o que acontece no interior do trabalho. O que acontece no trabalho da atendente além de marcar na agenda, etc.? Tem toda uma complexidade, toda uma atividade se desenvolvendo. Se a gente um dia for fazer o trabalho do outro vai perceber. Por exemplo a complexidade que há no trabalho na Portaria, regular a entrada, permitir ou não a entrada, etc. O que a gente chama de ponto de vista da atividade seria olhar para a atividade não só como o prescrito, mas para a atividade, que engloba o prescrito, mas não é só isso.*

Nesse ponto assinalou-se a necessidade de considerar, além da questão do trabalho em saúde, também a saúde no trabalho. Citou-se para discussão a definição de saúde contida em Dejours, Dessors e Desrioux (1993, p. 104):

“A saúde não é um estado, mas um objetivo que se remaneja sem cessar. Não é alguma coisa que se tem ou não se tem, mas que se tenta conquistar e que se defende, como a liberdade”.

Apontamos que se pode ou não concordar com essa definição, mas ressaltamos que ela se mostrou útil na medida em que foi capaz de alimentar a discussão em torno de certa idealização do papel dos profissionais de saúde, como aqueles que sabem a melhor maneira de atingir a saúde plena e que dominam todos os conhecimentos que os pacientes devem seguir para alcançá-la. De outro modo, pôde-se a partir daí também discutir a respeito do papel do CMS, quais seus limites e objetivos alcançáveis. Colaborou também para pensarmos sobre a complexidade ali presente e que a construção de um outro ambiente de trabalho (mais saudável e eficaz) será o resultado de uma conquista e da defesa de projetos coletivos (sempre inacabados, em permanente construção) e não da efetivação de um ideal.

No caso do CMS, o que lá é oferecido é a *prestação de serviço público de saúde*. Em tal configuração estão presentes diversos termos que remetem a

relações e a um debate de valores. O que cada um entende por *serviço*, por *público*, por *saúde*, por exemplo. São conceitos que, assim como os de cooperação e coordenação não são facilmente discutíveis e identificáveis.

Após essa apresentação e retomada de alguns conceitos Wladimir lembrou que havia sido acordado no Encontro anterior que cada um traria alguma coisa, uma avaliação própria, escrita ou não, a respeito desses conceitos, relacionando-os a sua atividade no CMS. Hélder propôs que se começasse com cada um escolhendo pelo menos uma palavra para falar do trabalho, de todo esse envolvimento necessário.

ENF2: *Eu gostaria da palavra amor, por que a palavra amor é uma base de tudo, quer seja público, quer seja no serviço privado, em qualquer instância o indivíduo que tem a capacidade de amar ele vai fazer pra outro, por piores que sejam as condições que ele tenha de trabalho, mas ele vai procurar atingir aquele outro de uma maneira humana [...]. O amor é primordial para que tudo mais possa acontecer. Ele não precisa mesmo de toda a tecnologia, tudo da mais alta complexidade, do ponto de vista financeiro ou algo mais.*

Hélder interpelou ENF2, solicitando que ela falasse sobre como via esse *amor* em sua experiência de trabalho. Seria algo espontâneo, de cada um, ou algo que se pode cultivar, desenvolver?

ENF2 respondeu remetendo-se ao que vinha sendo discutido. Considera que se trata de uma questão de “*valores das pessoas*”. Para ela o indivíduo que está habituado a fazer as coisas de qualquer maneira, de dar um jeitinho para oferecer apenas aquele atendimento básico, não vai procurar dar um atendimento mais humano e não vai conquistar o cliente.

Outras palavras foram citadas:

AT1⁷⁶: *Eu acho que a palavra é ouvir, saber ouvir e compreender. Porque as pessoas não sabem ouvir, só sabem falar, mas ouvir e compreender as pessoas é difícil!*

Hélder ressaltou que já vinha conversando anteriormente com AT1 e que ela demonstrou que a sua estratégia era ouvir mais do que falar. Pediu a ela que desenvolvesse essa idéia, para esclarecer aos demais.

⁷⁶ Atendente do setor de Puericultura.

AT1: *Compreender! Eu olho para os pacientes e existem situações que não dá para botar⁷⁷, aí eles ficam nervosos. Aí eu tento compreender [...] e eu digo: “Aguarda um pouco. Tenta me ouvir!”. Eu ouço ela [...], explico a ela e o paciente acalma. “Senhora, não tem como”. Mas isso acontece quando não dá mesmo, quando dá [...], eu digo: “eu vou ver o que eu posso fazer, a senhora aguarde”. E quando não dá eu digo: “não dá”. Eu peço que ela me olhe [...] e a paciente fica calma.*

AT1 acrescentou que muitas vezes o paciente fica nervoso quando é mal orientado pelos próprios funcionários, por exemplo, para se dirigir a um determinado setor. *“Aí ele vai lá e não é lá!”.*

AT1: *Se eu não sei, eu tento procurar alguém que possa me ajudar, pra eu lidar com aquela dificuldade. [...] Eu acho que é assim, é olhar, compreender, falar, porque se não tiver isso o paciente acaba se revoltando, vem, não sabem, ficam nervosos. A paciente às vezes vem e não tem consulta, ali ela quer saber o que que ela faz [...]. Eu tento ouvir a história. [...] Eu acho assim: compreensão e ouvir.*

Wladimir lembrou que no Encontro passado haviam discutido a relação de serviço como uma relação entre humanos que, segundo Zarifian, requer uma abordagem compreensiva. AT1, ao falar de sua experiência confirma a importância desse tipo de abordagem na conquista de resultados positivos no trabalho. Seu relato remete ainda ao que propõe Jouanneaux sobre profissionalizar a emoção, não se deixar levar por ela, mas desenvolvê-la, utilizando-a de forma positiva. Sabe-se que diante de um paciente nervoso, agressivo, muitas vezes a tendência do funcionário pode ser reagir, responder no mesmo tom. Mas, como lidar profissionalmente com esse campo minado de emoções, marcado pela doença, pelo sofrimento, pela carência, pela miséria tão próxima, já que a poucos metros dali fica uma favela conhecida como “favela do lixão”? Além disso, o CMS é procurado por moradores ‘carentes’ de outros municípios adjacentes, como, por exemplo, São João de Meriti, Belford Roxo, Magé e mesmo do Rio de Janeiro (geralmente de bairros próximos, como Vigário Geral e Parada de Lucas), seja pelo fato de não conseguirem atendimento em seus municípios, seja pela proximidade, porque, estando na fronteira, podem ir a pé ou pegar o menor número de conduções.

⁷⁷ Refere-se a situações como aquelas em que algum médico falta e não há possibilidade de transferir o paciente para outro médico para o mesmo dia, ou quando os pacientes pedem para ser ‘encaixados’ sem estarem agendados ou ainda, quando solicitam marcação de consulta para uma data mais próxima da que pôde ser agendada.

PO1 havia apontado que alguns de seus colegas de Portaria às vezes não têm muita paciência para ouvir o que o usuário quer saber ou reclamar e o interrompem antes que ele conclua. Isso causa ruídos na comunicação e às vezes um dos lados acaba se exaltando. Ele disse que a sua estratégia é semelhante à de AT1 e que isso lhe permite evitar atritos com os usuários. Pouco tempo após esse relato de PO1, duas senhoras registraram no livro de “Sugestões, reclamações, críticas e elogios”, agradecimentos a respeito do atendimento atencioso que receberam de PO1. Cabe ressaltar ainda que PO1 e AT1 atendem ao público diretamente e não se encontrou no livro citado nenhuma reclamação a respeito deles.

Pode-se inferir daí que um caminho importante a seguir seria o de aproveitar essas experiências, dialogar sobre elas, compreender suas estratégias, explorar esse ingrediente de competência crucial para lidar com aquela realidade local.

WLADIMIR: *Um caminho importante, o que tem que ficar aqui é a gente aproveitar essas experiências que vocês estão trazendo, porque existem pessoas que podem ter mais dificuldades do que vocês para lidar com isso e talvez as suas experiências possam ajudar o outro colega. Como é que você faz para lidar com isso? “Ah, eu faço isso, isso...” O outro vai pensar! Então tem uma maneira! Tá tudo dominado? Não tá tudo dominado! A gente é que cria a sociedade em que a gente vive, então a gente pode fazer diferente. Então, tem experiências interessantes, importantes, que estão aqui dentro e que a gente precisa estar valorizando. O objetivo é esse: reconhecer o que cada um faz, como é que cada um, na sua atividade, desempenha, se desembaraça das suas problemáticas.*

Dando continuidade à proposta de dizer uma palavra e procurando dar seguimento ao debate a médica veterinária (VET1) citou a palavra *sensibilidade*, a qual para ela expressaria um ingrediente necessário para que se possa entender a figura do usuário, representado muitas vezes por pessoas que acorrem aos Serviços Públicos de Saúde sentindo-se inferiorizadas, por precisarem estar ali. Cita que muitas dessas pessoas não têm dinheiro sequer para a passagem ou para se alimentarem, outras precisam deixar filhos com vizinhos, etc. Para VET1 essas situações contribuem para que os usuários cheguem à Unidade impacientes, aborrecidos, insatisfeitos. Isso se agrava quando não obtêm o atendimento que procuram ou, por exemplo, quando falta um profissional e as consultas têm que ser remarcadas. E essas situações não são contornadas com facilidade pelos funcionários. Ela diz que sempre trabalhou em Saúde Pública no trato com animais,

mas que, em sua atividade, sempre tem um humano por trás, seja o dono do animal, seja alguém que faz contato com eles para obter orientações, etc. Então, ela conclui que é preciso ter sensibilidade para ouvir, explicar a alguém como ele deve proceder, encaminhá-lo para alguma instituição. *“A sensibilidade é uma palavra muito importante nesse processo”.*

Poderíamos tentar entender as palavras citadas, *amor, ouvir e compreender, espiritualidade, sensibilidade*, pelo viés proposto por Maturana, isto é, como sendo algo da ordem da *amorosidade*. Essa matriz do *humano* parece dispor de um conteúdo extremamente forte no campo da Saúde. Estaria aí presente uma potencialidade (uma reserva de alternativas) possível de se desenvolver e contribuir no sentido de outra sociabilidade, mais afetiva, mais solidária, mais *‘humana’*?

Compreendendo que esse caminho apresenta diversos entraves, Hélder indagou sobre o que dificulta, o que causa ruídos nessa *amorosidade*? Fazendo menção à história brasileira, onde relações de servidão e exploração existiram e ainda se estabelecem, ele aponta para o fato de que para muitos a relação de prestação de serviço público pode ser entendida como algo da ordem da servidão, podendo aí *servidor* ser confundido com *serviçal*.

DM1 procurou responder, voltando ao tema das condições físicas insatisfatórias.

DM1: *Uma situação como o dia de hoje, o calor que está aqui. É meio difícil o caráter sensibilidade num lugar com um calor miserável. Tem horários que é insuportável o calor em cima do funcionário. E aí você está naquele estresse todo, e ainda chega um que acha que você é o serviçal porque ele te paga, “eu te pago”. A gente sabe que num dia de calor você fica meio lento, todo mundo fica lento, você que tá dentro daquela situação ali fica meio lento e às vezes um usuário chega pra você, que também está incomodado com aquele calor que está ali. Não é só o usuário que deixa o filho na esquina, tem muito funcionário aqui nosso que vai com o filho no colo quatro horas da manhã, na escuridão, deixa na casa da mãe, e pega um ônibus e vem e fica lá, e não só funcionário administrativo [...]. E aí a gente está trabalhando num lugar que é feio e com um calor, e ainda ser chamado de serviçal. É complicado, não é não? Isso é muito complicado!*

O segundo veterinário (VET2) expressou sua opinião dizendo que, nas situações em que o funcionário perceba que está perdendo o controle ele tem que sair. Lembra que já perdeu o controle em uma situação e aprendeu que é necessária essa conduta. Disse que geralmente em órgão públicos se lida com pessoas que já chegam estressadas, dada a estrutura do sistema público brasileiro, onde, na

maioria das vezes, o usuário não é plenamente atendido e os funcionários são considerados como relapsos, aqueles que *“não querem nada, que pegam moleza”*.

Alguém (MED2?) cita uma ocasião em que um usuário se indispôs com ela e a desafiou perguntando: *“O que que é? Sou eu que pago o seu salário!”*.

Então, começou um debate sobre as relações entre as dificuldades por que passam os funcionários e as dificuldades dos usuários, como falta de dinheiro para transporte até o CMS, violência doméstica (“apanham do marido”), não conseguirem atendimento, não terem quem lhes dê atenção. Concluem que o CMS, apesar de tudo isso, é bastante procurado e consegue atender bem aos usuários.

ENF2: *Eu atendi um cidadão, que morava em um município da vizinhança que, segundo ele, desde ontem gastou toda a manhã [...] e ele não conseguiu ser atendido, ele veio para cá, veio para a Tuberculose. Tava fazendo controle de hipertensão, é diabético, tem características de cardiologia e tava lá! Eu levei mais de 20 minutos conversando com esse cidadão.*

Então, Hélder retomou as falas de AT1 e VET2, ressaltando sua importância, já que apontam para o fato de que o trabalhador (especialmente aqueles que têm contato direto com o público) precisa lidar com os seus limites, com suas emoções. Uma estratégia que eles apontam é ‘sair de cena’ quando percebem que vão perder o controle e que não vão conseguir lidar profissionalmente com a situação.

VET2, lembrando da situação em que perdeu o controle com um usuário, afirmou:

VET2: *Eu percebi que naquela hora eu deveria ter abandonado o campo, colocado uma outra pessoa, pelo menos naquela hora...*

Adiante AT1 acrescentou que em seu setor existe “cumplicidade” entre os colegas para poderem lidar com esse tipo de situação. Quando percebem que ela está numa situação difícil com um usuário *“a assistente social ou a enfermeira já ficam na janela”*. Aí, “novos personagens entram em cena” (SADER, 1988).

Wladimir ressaltou que esse exemplo de AT1 revela também que é importante que exista esse outro, atento e disponível para ‘cobrir’ o colega, para assumir o problema como algo de responsabilidade do coletivo e não da pessoa. Essa “cumplicidade” é uma construção do coletivo, que o setor de Puericultura parece ter atingido.

Mobilizada por *“essa discussão toda”*, PSI2 remeteu-se à sua própria experiência anterior de *“muito tempo no setor privado”* para argumentar que, diferentemente deste, no setor público não há investimento em treinamentos e capacitações para lidar com diversas situações, especialmente com o público. Para ela o atendimento ao público é a mais desvalorizada das funções nesse sentido, porque acredita-se que as pessoas possam exercer essa atividade apenas *“com seus recursos pessoais”*, com seu *“jogo de cintura”*, sem precisar de uma *“formação específica”*, de uma *“especialização”*. Daí PSI2 disse que vê os *Encontros sobre o Trabalho* que vêm acontecendo no CMS como *“um espaço excepcional”*, *“extremamente rico, positivo e importante”*, onde ela e outros têm a oportunidade de atenuar os efeitos da falta de treinamento, tendo um *“tempo de discussão”*, um *“bate-bola [que] é uma profissionalização”*, onde se tem condições de saber de que forma os outros estão agindo, lidando com seu dia a dia, *“porque é um problema de todos nós essa questão, somos todos profissionais. Todos nós queremos dar o melhor de nós no nosso trabalho. Porque às vezes isso não acontece? É por causa do calor? É por causa de uma rotina às vezes mais massacrante?”*

PSI2 conclui que o espaço “Encontro” permite a cada um dividir com o outro seus recursos, cada um estar ajudando ao outro que talvez não tenha essa capacidade, esses recursos.

VET2, concordando com PSI2 sobre a importância dos Encontros, ressaltou que não é comum ver acontecer no Setor Público iniciativas como aquela e que foi preciso uma atitude pessoal do diretor e sua equipe nesse sentido. Revelou que, em sua experiência, nunca teve conhecimento de algo semelhante acontecendo.

Wladimir procurou despersonalizar a responsabilidade pela construção desse outro espaço, assinalando que se houve uma atitude da Direção para viabilizá-lo, por outro lado, foi o coletivo que fez um movimento que possibilitou sua instalação e manutenção e, quiçá, sua permanência e continuidade.

Wladimir ressaltou que o grupo demonstrou vontade e que mais importante do que quem seja o diretor é que o grupo se consolide de forma a poder colocar essa prática como uma exigência sua, dando continuidade aos Encontros, de modo a formar um coletivo que se mantenha coeso, agregando cada vez mais pessoas, como naquele dia, quando se pôde ver que os novos integrantes uniram-se ao coletivo, *“pegaram o pique da coisa”* e puderam dar contribuições fundamentais.

O interessante é que o espaço do CMS, antes realçado apenas em sua negatividade (feio, sujo, com calor, sem materiais), agora emerge nas falas em sua positividade (excepcional, rico, positivo, importante, inédito, espaço de diálogo e de trocas, cumplicidades e parcerias).

TL1 pontuou que é muito importante para o profissional de saúde conseguir se comunicar devidamente com os usuários. Muitas vezes é necessário, para se fazer compreender, valer-se da linguagem do paciente, evitando o uso de termos técnicos. Para ela, as palavras *compreender* e *conscientizar* traduzem as atitudes principais requeridas para que uma abordagem compreensiva com o paciente aconteça. Retoma a metáfora do CMS como um corpo, definindo o crânio como a Direção, o cérebro como os profissionais de saúde, a mão seria a Portaria, que indica aonde ir. Os setores representariam cada órgão: pulmões/Tuberculose; coração/Hipertensão, etc. Vê a pele como a população, pois se um órgão não funcionar, o resultado torna-se aparente, 'à flor da pele'.

PSI2: *O que a gente tá vendo aqui são relatos de pessoas privilegiadas que conseguem ter essa visão do outro, se colocar no lugar do outro, pensar assim: “puxa ele tá nervoso, como é que uma pessoa que está passando por um estresse, por um problema de saúde, que não tem dinheiro para pegar ônibus, não sei o que... Então, essas pessoas que estão aqui, que estão debatendo esse assunto são pessoas privilegiadas. Mas, e aquelas que não conseguem? Até ele [refere-se a VET2], mesmo com todo o recurso dele teve um momento que ele saiu do sério, mas ele tem a possibilidade de analisar o próprio comportamento e ver que foi uma escapada, mas nem todo mundo tem essa coisa de olhar pro outro e se colocar no lugar dele, e até ver que “eu sou o profissional” e naquele momento ser a pessoa que vai amenizar aquilo ali[...]. Eu digo que esse é um espaço rico por conta disso, porque já que a gente não tem, não existe ainda esta coisa de capacitar os profissionais no atendimento ao público, em que essas questões são abordadas mais profundamente, eu acho que este é um espaço em que as pessoas podem debater isso, e no que você debate você começa a ter uma outra visão, que não é mais só o amor, a paciência, mas é uma visão mais profissional. Eu acho que a palavra que o Wladimir colocou, que é a profissionalização da emoção, eu acho que é perfeito isso. Porque se não fica assim: “Puxa, eu tenho que ter amor...”. O amor, é uma palavra meio ligada a uma coisa mais íntima, mais pessoal, e na verdade eu estou no meu trabalho. Claro, eu tenho amor pelo que eu faço, pela minha profissão, mas não necessariamente esse amor tem que estar o tempo inteiro presente em tudo. Mas a profissionalização do afeto eu acho que é o principal.[...] Aí vai a questão da valorização do profissional, quando você tem visão do valor do seu trabalho[...], do que vale o seu trabalho, do que você tá fazendo ali, você tem condição de produzir algo melhor.*

Hélder acentuou que a discussão foi se conduzindo para o entendimento de que para ter amor, sensibilidade, escuta, humanização é preciso dar um “salto para o coletivo”. As situações relatadas pelos participantes apontavam para a importância do respaldo coletivo para a segurança, eficácia, aprendizagem, etc.

MED2, fazendo menção ao que TL1 havia dito sobre saber compreender e se comunicar na linguagem dos pacientes, disse que os médicos recebem formação para falar tanto com um leigo quanto com outro médico, mas que isso não implicaria ter que ser igual ao outro. Ressaltou que é um grande problema para as pessoas conseguirem conviver com suas diferenças. Assim, elege a palavra *tolerância*, como aquela que expressa a capacidade necessária para lidar com as dificuldades do outro e com as próprias dificuldades.

Houvesse mais tempo poderíamos ter explorado com os outros participantes o sentido que cada um atribui ao termo *tolerância*. Significaria apenas algo que aponta para o limite do suportável, uma aceitação quase compulsória ou, de outro modo, seria uma tolerância generosa, que representaria uma autêntica disponibilidade, um genuíno respeito ao direito que os outros têm de agir, pensar e sentir de modo diverso do nosso, um reconhecimento do outro como legítimo outro?

Para retomar os objetivos dos Encontros a partir do foi discutido naquele dia Wladimir arrematou:

WLADIMIR: *Quando a gente propõe esse tipo de atividade [Encontros] é nesse sentido de que a gente construa essa “cumplicidade”, que AT1 está chamando de “cumplicidade”. Um conjunto, um coletivo em que um possa dar respaldo ao outro. Ninguém tá querendo que alguém tenha “sangue de barata” aqui. Alguém vai xingar a tua mãe, tua avó, você vai ficar mobilizado, mas que exista um outro para você poder sair de cena e que você possa contar para te substituir, porque se não você vai sair e o problema vai continuar. Então a gente quer justamente é construir esse coletivo, de forma que a gente possa ter algo tão consistente que essas coisas possam acontecer. Que a gente vai viver isso no nosso dia a dia, com certeza! Eu como diretor vivo! É claro que quando a pessoa chega aqui, já se estourou lá em baixo e, às vezes chega com um outro discurso aqui, com uma outra postura. E às vezes não, às vezes a pessoa chega exaltada também. Então a gente tem que ter mecanismos e estratégias para poder dar conta dessas situações, então a gente precisa criar um coletivo que contemple isso também. O Hélder trouxe uma coisa importante quando ele fala de regras de ofício, você (AT1) falou uma coisa, PO1 confirmou, outra pessoa também confirmou, que é a importância do primeiro passo que é ouvir, esta disponibilidade para ouvir. Vocês estão dizendo o quanto isso dá certo. Outras pessoas que não estão fazendo e não está dando certo, poderiam estar colocando. Então essas experiências que estão dando certo precisam ser socializadas. A idéia é essa. [...] Alguma coisa que dá certo em algum lugar e outro*

não, a gente precisa discutir. Existem treinos, treinamentos, dinâmicas diversas, mas, o mais importante para a gente é estar explorando a riqueza que a gente já tem aqui, explorar a nobreza que está contida no nosso dia-a-dia, que a gente tem que explorar.

PSI2 retomou sua argumentação inicial de que o treinamento específico também é importante, pois *“não acho que a pessoa deva aprender tudo sem um treinamento”*. Reconhece, no entanto, que os Encontros têm sido ocasião de treinamento, de aprendizagem e de trocas de experiências ricas e úteis para o desempenho das atividades de todos.

Iniciou-se um debate sobre as conhecidas estratégias que alguns usuários utilizam para serem atendidos. Uns fingem que seu estado é mais grave do que realmente é, enganando até mesmo outros usuários para passarem à sua frente. Outros tentam “ganhar no grito”.

Wladimir apontou que esses exemplos remetem a questões que extrapolam a realidade local, pois apontam para problemas presentes em todo o Sistema de Saúde, como por exemplo, a dificuldade de acesso. A partir daí poder-se-ia discutir como o CMS, enquanto coletivo de trabalho, tem lidado e como deve lidar com essa e com outras dificuldades. Essa discussão há que envolver o coletivo, posto que diz respeito a todos. Achar que há ‘receita’ que possa ser imposta pelo chefe para ser aplicada pelos subordinados é o caminho do fracasso. Por isso não optamos por ele.

Encerrou-se o Encontro com a pausa para o lanche, seguindo-se um ‘bate-papo’ entre os presentes.

6.5 - Quinto Encontro: 10/12/2008

Dez funcionários compareceram, dos quais 1 médica pediatra (pela primeira vez), 1 médico veterinário, 1 enfermeira, 1 técnico e 1 técnica de enfermagem, 1 técnica de laboratório, 2 atendentes de recepção, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 agente de portaria. Participantes regulares como ALM1, DM1, ENF2, MED1, MED2 e outros, não puderam comparecer por motivos diversos, como licença médica, participação em cursos externos ou por estarem ocupados com outros afazeres no CMS naquele momento.

Mesmo tratando-se do último Encontro ainda tivemos a chegada de uma nova participante, a médica pediatra. Ela disse lamentar não ter podido participar dos Encontros anteriores, embora o quisesse, pois somente naquele dia pôde ter disponibilidade para comparecer. Disse que ouviu de colegas que os Encontros estavam sendo bastante interessantes e ressaltou que considerava fundamental o debate entre colegas e as possibilidades de melhorar as condições de trabalho e o atendimento ao público.

Em certo momento foi informado ao grupo pelo diretor geral que não permaneceria no cargo a partir do ano de 2009, tendo em vista outras atividades suas e a mudança de governo. Esse dado causou certa apreensão em alguns, especialmente sobre a impossibilidade de continuidade dos Encontros. Foi discutida a possibilidade de se manter o contato com os pesquisadores e, sendo autorizado pelo futuro diretor, poder-se-ia fazer outros Encontros no CMS. Não havendo autorização poder-se-ia pensar em outro local. Foi escrito no quadro um endereço eletrônico (*e-mail*) para eventuais contatos, ficando também a enfermeira Joélia como pessoa de contato entre o CMS e os pesquisadores.

Milton iniciou lembrando que naquele Encontro seriam apresentadas as análises feitas pelo grupo de pesquisadores sobre o material oriundo dos Encontros, visitas e observações realizadas no CMS, com destaque para alguns dos pontos, considerados relevantes: valorização, convivialidade (*'bom dia, boa tarde'*), atendimento, planejamento. Informou que o relatório final seria produzido após as observações formuladas pelos participantes naquele dia e que seria entregue tão logo concluído. Definiram-se as formas de apresentação (resumo e versão completa) e as formas de divulgação e consulta ao relatório: via internet, mantendo-se uma via impressa na pasta do GTH (versão completa) e através de quadros de avisos (resumo).

Wladimir fez uma breve retomada de alguns pontos discutidos e lembrou que o objetivos dos Encontros, do engajamento de trabalhadores e pesquisadores, seria que cada um pudesse desenvolver um outro olhar, diferenciado daquele que vinha até então fazendo sobre a sua atividade e a dos outros. A proposição de que cada um se torne um 'pesquisador' do seu trabalho e do outro tem o sentido de olhar de

outra forma, mais sistemática e criteriosamente, o que está acontecendo, exercer um 'olhar à lupa'.

Milton acrescenta que o olhar de fora (que pode ser o do governante, do gerente, etc.) ou o olhar muito internalizado do trabalhador, restrito à execução do prescrito, não permitem o acesso à riqueza presente na atividade.

MILTON: *Então, a gente tá à procura há muito tempo de um olhar que atravesse isso aí, mostrando o geral no particular, é esse olhar que a gente tá chamando de 'ponto de vista da atividade'. Então, a tentativa é ver na atividade concreta de cada um, lá na porta, no atendimento, em cada atividade concreta, tentar ver aí o local e o global, o singular e o geral. Então esse é um lugar de encontro, é por isso que a gente tá utilizando essa expressão encontro também. É um lugar de encontro entre o geral e o particular, entre as relações, quer dizer, o trabalho dele e o teu trabalho, dentro de uma visão sistêmica do que que é um Centro de Saúde, eles têm que procurar uma forma de encontro, o trabalho dele, mal feito, pode atrapalhar o seu e vice versa, o trabalho bem feito de um ajuda no trabalho do outro. Então, é a ideia de um encontro que se dá em torno da atividade concreta. Então a gente vem tentando em vários países, inclusive no Brasil, tentando exercitar esse olhar. Na hora que a gente se encontra aqui, tanto as coisas mais gerais sobre a humanidade quanto a coisa mais específica sobre o uso do computador, isso aqui tá aparecendo, então a gente tem que fazer esse exercício cotidiano. Tem uma hora que aparece um tipo de profissional como você [ALM1?], por exemplo, o pessoal tava me chamando a atenção. Quer dizer é na hora que entra um outro ator que na verdade sempre esteve presente, embora ausente, então ele chega a dizer: "Olha, eu existo, existo e tenho cidadania aqui dentro". O encontro é isso, a gente procurar ver na atividade de cada um onde é que está o mais geral. Por exemplo, quando a gente vai falar de planejamento, planejamento tem que envolver esse conjunto, quando a gente tá falando de valorização, valorização do que? Então essa atividade concreta de cada um tem que estar aí presente.*

Wladimir passou a reapresentar alguns *slides*, já utilizados em Encontros anteriores, para rever alguns tópicos e focos explorados pelos pesquisadores e sugeridos e discutidos pelos participantes.

Quando Wladimir citou o tópico *inteligência da prática*, Milton procurou explorá-lo apontando sua vinculação ao *corpo*, à corporalidade do ser humano, para ressaltar que, para que ela se desenvolva é preciso que o corpo(si) esteja em condições desejáveis (sem fome, descansado, não reprimido, psicossomaticamente saudável) para atuar com qualidade e produtividade.

Alguns *slides* apresentados pelos pesquisadores continham pequenos trechos de comentários feitos pelos participantes ao longo dos Encontros (a respeito do adoecimento dos funcionários; do ambiente de trabalho; da relação falta de

materiais/auto-estima; do planejamento; da cordialidade, envolvimento, convivência; da qualidade do atendimento; satisfação/insatisfação dos usuários) a fim de alimentar a discussão posterior.

Wladimir apontou que diversas observações dos participantes sugeriram que o CMS deveria se tornar uma Unidade de Saúde mais acolhedora (do ponto de vista físico e relacional), especialmente para os funcionários. Observou, no entanto, que talvez o grupo ainda estivesse numa “área intermediária de experimentação” (WINNICOTT, 1975), já que ainda havia melindre na relação com os usuários. Assim, frisou que talvez fosse necessário que caminhassem um pouco mais, para fortalecerem-se enquanto coletivo e poderem abrir os Encontros para a introdução dos usuários como agentes participantes das discussões coletivas sobre os rumos daquela Unidade, além da participação formal que já lhes caberia no Conselho Gestor.

Paulo declarou que tem observado discussões na Universidade que constatarem que o ‘objeto’ da Atenção Básica (“a população pobre”) é extremamente *desvalorizado, desqualificado* e, conseqüentemente, o trabalhador que cuida desse ‘objeto’ é também desvalorizado. ENF1 acrescentou que, em sua opinião, a própria população que é atendida no Serviço Público o desvaloriza. Ela relata que quando tem algum problema de doença na família, geralmente utiliza os serviços do CMS, por confiar nos profissionais que lá trabalham. No entanto, para ela, a população que lá é atendida não reconhece da mesma forma.

Estamos seguros de que nem todos os usuários queixam-se do atendimento no CMS, basta verificar o livro de *Sugestões, Elogios, etc...*, para que seja verificado que muitos têm sido atendidos a contento. Mas, sabemos também que a relação de ENF1 com o Serviço e com os profissionais que lá atuam é diferente da de um usuário comum, que terá que percorrer um longo caminho ou encontrar um profissional que contemple suas expectativas para poder estabelecer uma relação (de serviço) em que possa confiar e recomendar a alguém. Vimos que essa imagem do Serviço Público como algo que não funciona é produzida pelo sucateamento, pelos ataques vindos dos governantes e da imprensa e que a própria visão dos servidores contribuem sobremaneira para reforçar tal imagem.

Milton assinalou que a desconfiança é preliminar à confiança, especialmente quando as pessoas se reúnem para trabalhar. A confiança é alguma coisa que tem de ser conquistada, não é um *a priori*. As regras sociais se constroem, podendo

adquirir um caráter singular em determinado ambiente de trabalho. No entanto, algumas delas podem ter caráter conservador, tratarem-se de mera formalidade.

Observamos que no primeiro Encontro a atitude de alguns trabalhadores (que se manifestaram no momento ou posteriormente) em relação aos pesquisadores foi mais de desconfiança e aposta (ver no que aquilo ia dar) do que de imediata confiança e apoio. Assim como alguns revelaram que ficavam em silêncio com receio de dizer algo que pudesse prejudicar o colega de trabalho. Esses impedimentos iniciais foram sendo gradativamente superados por alguns, o que possibilitou a sua presença e manifestação nos Encontros seguintes.

Por exemplo, no primeiro Encontro TE1 assumiu uma postura veemente ao frisar para os pesquisadores, como se fosse um ultimato, que antes de qualquer coisa eles estavam ali querendo falar de *valorização dos funcionários*.

Não tendo podido participar do segundo, do terceiro e do quarto Encontros, TE1 expressou naquele momento o que talvez fosse ainda uma questão para outros trabalhadores, uma certa ambiguidade entre o desejo de transformações, acenado por diversos participantes, e alguns receios do que estaria por vir como resultado dos Encontros e de seus encaminhamentos futuros.

No entender de TE1 “as pessoas precisam dos líderes e dos articuladores”. Estes últimos, segundo ele, seriam aqueles que se expõem pelos outros, o que, em seu entender seria a função do GTH. Assinalou: “A *Humanização chegou pra ficar e vai ficar, o Grupo da Humanização*”, procurando ressaltar que independente de quem esteja na Direção do CMS o GTH se fará presente. Não obstante a disposição e otimismo revelados por TE1, ENF1 e Wladimir consideraram importante ponderar que se deve ter o cuidado para não voltar ao ponto em que estavam antes dos Encontros, apontando para o risco de se ficar girando em círculos. Ressaltam que o coletivo havia caminhado com a realização dos Encontros e compreendido que a proposta tinha um escopo mais amplo em relação ao que vinha sendo feito no âmbito do GTH. Tal ponderação pareceu ter obtido eco no grupo. Em seguida Milton ressaltou os riscos de palavras de ordem e do reformismo que na história do Brasil muitas vezes significam na prática “*mudar para não mudar*”, ‘mudar’ para permanecer no já estabelecido.

ENF2 acrescenta que é muito comum as pessoas depositarem nos membros de um grupo as responsabilidades pelas transformações que desejam. Então entende que a diferença entre o GTH e os Encontros é que o primeiro supõe a idéia

de um *grupo responsável*, enquanto o segundo representa um *espaço*, onde participa quem quer, quem aceita o convite, tornando-se co-responsável pelos seus encaminhamentos.

Em outro momento, através de um *slide* que apresentava o corpo humano e as analogias sugeridas por TL1 em Encontro anterior, foi retomada a imagem do CMS como um corpo humano, tendo em vista a sua potencialidade enquanto provocadora de discussão e polêmica. Foi ressaltado, no entanto, que como qualquer imagem aquela também apresentaria insuficiências e o risco de um fechamento em si mesma.

Diversos funcionários em seguida fizeram suas próprias metáforas utilizando a imagem do corpo, associando órgãos e sistemas aos diversos setores e agentes. Wladimir, por sua vez, ponderou que preferia aproveitar a imagem da comparação entre o CMS e um corpo para entender o CMS como algo que não é perfeito, que nunca gozará de um estado de completo bem-estar, mas que pode ser saudável, à medida que sua 'saúde' seja conquistada e defendida.

VET2 colocou em questionamento o fato de os funcionários, não só do CMS, não poderem ter o direito de escolher e defender sua Direção, podendo, por exemplo, manter uma Direção, independente das mudanças de governo, quando esta "*seja boa*" e esteja atuando adequadamente, possibilitando espaços de discussão entre os trabalhadores. Disse que estava muito feliz por ter participado dos Encontros no CMS e que via 'bastantes melhoras' para os funcionários com a realização de Encontros como aqueles. Acrescentou que posteriormente poderiam ser incluídos os usuários, "*aqueles que fazem uso*", também nos Encontros. Surgiram daí propostas de incluir um usuário de cada setor e outras proposições nesse sentido.

Foi realçado pelos pesquisadores nesse último Encontro que caberá ao coletivo, independentemente de quem esteja dirigindo aquela Unidade, mobilizar-se para manter a regularidade de um dispositivo que promova encontros e discussões (com potência transformadora) entre os trabalhadores e destes com a Direção. A expectativa é de que, isso ocorrendo, se vá cada vez mais construindo as bases para que a valorização aconteça de fato, de que sejam superados os receios de confrontações, de exposição, de submeter certos processos e procedimentos às críticas, de que, ao melhor compreenderem as complexas equações e inequações da sua atividade enquanto profissionais de Saúde possam estar mais dispostos e

desejosos de dialogar entre si e de receber, reconhecer e dialogar com os usuários. Pois estes têm muito a dizer no que tange à avaliação e valorização do Serviço Público e com eles é preciso discutir sobre a necessária valorização e reconhecimento daqueles que os atendem, que cuidam de valores que lhes são tão caros, como a saúde e a vida.

O Encontro encerrou-se após os pesquisadores terem ressaltado que iriam concluir o relatório final agregando as formulações feitas pelos participantes e que o enviariam para o CMS, para ficar à disposição de todos. Diversas sugestões de formas de manter o contato entre pesquisadores e trabalhadores foram feitas e, por fim, todos se cumprimentaram com abraços e/ou apertos de mão, sendo registrado aquele momento também através de fotografias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme Campos⁷⁸, tanto a demanda espontânea, quanto as lutas coletivas por acesso a serviços de saúde, ou em defesa do meio ambiente, ou de condições adequadas de trabalho, refletem e são consequência desta relação dinâmica entre sofrimento, subjetividade, doença, morte e vontade de viver. No entanto, nunca se considerou que o Planejamento e Gestão dos Serviços Públicos devessem, também, trabalhar com a questão do desejo, das aspirações e necessidades expressas de forma individual através da busca ativa por atenção. Nesse sentido, para ele, a chamada “demanda espontânea”, por exemplo, poderia e deveria ser trabalhada por qualquer Sistema de Saúde que pretenda atingir um mínimo de legitimidade social e técnica.

Vimos nesta tese que para compreender o trabalho em Saúde do ponto de vista da atividade, como propõe a Ergologia, é fundamental entender que as “infidelidades do meio”, os fracassos, os erros, os impedimentos, o mal-estar e as tentativas de suplantá-los fazem parte de nossa história. E, na medida em que nosso mundo (incluindo os mundos do trabalho) é também constituído pelo acaso, por acontecimentos, a saúde e o trabalho em Saúde não podem ser pensados senão como a capacidade de lidar com os riscos, as adversidades e nocividades que o meio nos impõe, renormalizando-o. Adoecer, por outro lado, é se adequar a um único meio, restrito e limitado.

A vida é instável, de modo que a conquista da normalidade envolve atividade humana permanente; luta orientada pelo ideal de saúde completa que tivermos construído. A doença é que poderia ser colocada no campo da passividade. Ela aparece quando a luta e as defesas individuais e coletivas se enfraqueceram ou se tornaram ineficazes, em face de uma mudança no ambiente (interno ou externo) (BRITO; ATHAYDE; NEVES, 2003, p.34).

Como propõe Mendes (1999), apregoar a necessidade de mudanças estruturais não exclui a necessidade de racionalização do sistema / do serviço. No entanto, ele enfatiza que, embora o incremento da eficiência gerencial e a racionalização do sistema tragam consigo uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, isso não significa, necessariamente, a mudança do modelo de atenção.

⁷⁸ CAMPOS, G, W, S. *A Saúde Pública em Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991, p. 70 et seq.

O autor defende que é necessária uma mudança radical, de natureza estrutural, no Sistema de Saúde, diferenciando sua proposta daquela dos 'racionalistas'.

A construção de um novo Sistema de Saúde, com base nas propostas 'estruturalistas', exige mudanças no paradigma sanitário, mas também na concepção do processo saúde-doença e na prática sanitária. Contudo, considerando o plano mais micro, acreditamos que as experiências de '*ergogestão*' e o debate que daí pode ser suscitado podem contribuir para a construção de projetos com potência transformadora, que possam reverberar no conjunto do Sistema Único de Saúde.

Nesse ponto estariam incluídas as propostas de criar condições básicas de funcionamento. E simultaneamente rediscutir o papel das Unidades Públicas de Saúde (inclusive os Centros de Saúde e, especificamente o CMS), seu impacto na melhoria ou manutenção do nível de saúde da população. Rever procedimentos, trazer a clientela para o interior e fazer com que os trabalhadores voltem-se para o exterior, para o que existe no entorno, contemplando o que entendemos por *território*.

Intensificar o diálogo entre trabalhadores e usuários poderia propiciar um debate fecundo e crítico em torno de diversos pontos. As pessoas cuidadas e os cuidadores seriam forças de permanente convocação e reconvocação.

Nos debates que aconteceram entre esses atores no CMS constatamos a necessidade de estabelecer coletivamente os critérios para avaliação dos níveis de produtividade, qualidade, saúde, segurança e confiabilidade das atividades que ali se desenvolvem. Por exemplo, tornar mais visíveis as atividades e as necessidades de cada setor, rever a distribuição de materiais, os horários de atendimento, de marcação de consultas, os encaixes, os atendimentos à demanda espontânea, a relação com a clientela, efetivar e estimular a participação de trabalhadores e usuários no Conselho Gestor. Manter os encontros periódicos entre os trabalhadores e, posteriormente, convidar os usuários para participarem de alguns encontros. Contudo, ainda há muito que caminhar nessa direção.

Conforme Matheron e Michel (1997), com base em Deschamps, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam que não podem mais se satisfazer em serem técnicos investidos de um saber que repassam a pessoas ou a grupos que

supostamente 'não sabem'. Se eles podem oferecer uma parte de seu saber, podem também enriquecê-lo e se instruir nessa relação. Esta seria a *démarche* mesma de um dispositivo dinâmico de três pólos. Conforme visto anteriormente, o pensamento de Paulo Freire, desenvolvido no campo da 'Educação Popular' em muito têm contribuído para o desenvolvimento dessa perspectiva. Tal mudança de paradigma pressupõe tanto uma discussão em torno da formação dos profissionais de Saúde como uma discussão mais ampla, envolvendo o conjunto da sociedade em torno dos valores que se quer defender e incentivar.

Ainda contando com as contribuições de Matheron e Michel vemos que essas autoras consideram que a própria pesquisa pode ser um elemento facilitador do "encontro", tendo em vista os problemas de terreno que são bastante pontuais, o porquê da pesquisa, sua significação e implicação para o(s) pesquisador(es) em relação ao objetivo da pesquisa e para aqueles que são o "objeto" da pesquisa. Vimos isso no capítulo de metodologia desta tese, especialmente quando abordamos a pesquisa etnográfica.

Já a pesquisa-intervenção, por sua vez, ao valer-se dos pressupostos da Análise Institucional também nos orienta a ficarmos atentos à análise de nossas próprias implicações, o que, de acordo com a definição multidimensional de competência proposta por Zarifian (2001a) compreenderia também a tomada de iniciativa e de responsabilidade.

Canguilhem (1947/2001) enfatiza o primado do vital sobre o mecânico e dos valores sobre a vida, lembrando-nos que não somos os únicos vivos do planeta e nem somos detentores dos únicos valores existentes.

Guattari (1991), em *As três ecologias*, propõe que adotemos, para salvar o planeta e a sociabilidade humana sobre ele, uma postura ecológica, ou melhor, ecosófica. Guardadas as devidas proporções, alguns pontos de sua proposta estariam muito próximos do que está contido na perspectiva ergológica, especialmente quanto à postura vitalista desta, suas exigências de humildade, rigor e respeito pelo outro como legítimo outro, ressaltando a importância de estarmos sempre atentos aos "valores sem dimensão", que, em suma, são aqueles referentes ao bem-comum e ao bem-viver em um ambiente planetário possível, saudável e vivível para os humanos e todas as outras espécies. Isso teria a ver também com

gestos cotidianos aparentemente simples, mas de fundamental importância, como evitar o desperdício de água e de outros recursos naturais e ‘públicos’.

Retomando Maturana, lembremos que o amor é a emoção básica que fundamenta o humano, sendo a amorosidade a matriz de nossa constituição como seres sociais. Então, esse deveria ser o paradigma para uma gestão competente e saudável da vida humana.

Em se tratando do trabalho em Saúde devemos estar atentos ao que nos assinala Jouanneux (1999), analisando o trabalho de pilotos (e da tripulação) de avião: é preciso não se deixar levar totalmente pela emoção, é preciso, no âmbito do trabalho, desenvolvê-la profissionalmente, profissionalizá-la para que não sejamos mobilizados de modo inadequado ou paralisados e ‘triturados’ por um envolvimento excessivo e não profissional. Mas, em certa medida, e especialmente no exercício dos diversos tipos de atividades que no campo da Saúde se desenvolvem (inclusive a de gerente/diretor) é preciso também emocionar a profissionalidade, ter certo tipo de sensibilidade, um ingrediente específico de competência que poderíamos chamar aqui de ‘olho clínico’, mas que envolve também uma escuta atenciosa e compreensiva, um ‘jogo de cintura’, uma arte para usar os diferentes ‘temperos’ sem ser temperamental e ‘azedar a massa’. Ter a tal “espiritualidade”, que aprendemos ser necessária para lidar com o outro, com a saúde e com a vida das pessoas (usuários e colegas de trabalho). Assim podem-se estabelecer vínculos de solidariedade, de “cumplicidade”, margens de segurança e confiança que evitam o entrancheamento em si mesmo e o enclausuramento pela ditadura dos procedimentos rígidos, das normas irrevogáveis, das atitudes irretratáveis. Por que a vida não aceita amarras.

Conforme debatemos com Yves Schwartz (SOUZA; VERÍSSIMO, 2009), se no momento em que nos encontramos ainda não podemos falar de uma abordagem metodológica bem definida que deva orientar as atividades/experiências de *ergogestão*, uma exigência fundamental é de que haja, da parte do gestor/gerente, uma postura coerente com a *démarche* ergológica. Mas, devemos, quanto a este ponto, estar atentos à exigência tanto de humildade quanto de rigor. Quando falamos de uma postura, não se trata de boa vontade ou messianismo. A expectativa é de que possamos cada vez mais ter algo sistematizado, não como uma ‘receita de bolo’, mas como pistas, que podem mesmo já estar sendo

desenvolvidas à proporção que vão acontecendo as tentativas de exercer uma gestão ergológica nos mais diversos mundos do trabalho. Consideramos que a realização de grupos de Encontros sobre o Trabalho representa um recurso bastante importante para orientar o gestor/gerente nas suas atitudes e decisões. Nas ocasiões em que este recurso vem sendo utilizado os resultados têm sido muito interessantes, conforme demonstrado nesta tese.

Parece-nos importante a implementação de medidas no âmbito do Planejamento e da Gestão do SUS, no sentido de garantir relativa autonomia e estabilidade, se não para os gerentes, ao menos para projetos ou planos de saúde que possam ser continuados, independentemente das mudanças de governo, para que iniciativas desse tipo possam se consolidar.

No caso do CMS observamos que o processo se manteve em caráter incipiente (por conta das limitações de tempo, mudanças de governo e outras variáveis), mas ainda assim, relações de confiança entre pesquisadores profissionais e trabalhadores e destes entre si puderam se estabelecer, ao longo dos Encontros. Alguns se sentiram à vontade para falar de assuntos pessoais, como suas relações familiares e suas dificuldades, potencialidades e limites, sobretudo profissionais. O desconforto inicial com as críticas começou a ser superado quando se passou a lidar com elas enquanto voltadas para o processo de trabalho e não à pessoa.

O espaço do CMS, inicialmente caracterizado como sujo, feio, desconfortável, lentificador (“com o calor todo mundo fica meio lento”), no decorrer dos Encontros teve sua potencialidade realçada pelos próprios participantes, tornando-se então, espaço potencial e analítico em que todos (pesquisadores e protagonistas da atividade) puderam ser analisados e analistas ao aceitarem o convite-desafio para participarem e discutirem suas práticas. Configurou-se também como espaço de críticas construtivas e aceitas e de questionamentos (“porque os funcionários não podem escolher e defender sua Direção quando ela é boa, independente das mudanças de governo?”). Um grupo, outrora fechado em si mesmo, apresenta assim sua potencialidade para constituir-se como grupo-devir, processualmente tornando-se capaz de questionar os instituídos e quiçá elaborar estratégias para transformações.

Gradativamente, a tensão e a desconfiança foram dando lugar à confiança e à descontração, permitindo brincadeiras e risadas que exerceram também o papel

de analisadores, deram outro sentido ao que antes parecia impedir os movimentos. Como entende Winnicott (1975) em relação à psicoterapia, também os Encontros atuaram em áreas onde o brincar não era antes possível, assim, “o trabalho efetuado pelo terapeuta [analista] é dirigido então no sentido de trazer o paciente [trabalhador] de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (p. 59, acréscimos nossos). Nesse sentido AT1 declarou que a partir dali pôde aproximar-se e conhecer melhor o diretor, vendo-o como alguém descontraído e compreensivo (em relação às dificuldades e potencialidades ali existentes) quem antes ela via como uma “pessoa muito séria” (inalcançável para ela?).

Parece-nos que o termo “sair do sério” pôde então deixar de referir-se apenas a situações de perda do controle com um paciente, perda da seriedade, da respeitabilidade ou do profissionalismo e assumir uma nova faceta: pode-se sair do sério também como uma aposta na potencialidade do lúdico (BASTOS, 2008), para brincar/trabalhando, trabalhar/brincando, para ser cri-ativo.

Diríamos que para que tudo isso ocorresse foi preciso ter a ousadia de assumir uma postura de ‘apicultor’, conforme a metáfora de Muniz, ou seja, daquele que se dispõe a correr os riscos de levar ferroadas para poder colher o mel.

Permitir o afloramento dessas negociações por vezes harmoniosas, por vezes conflituosas significa abrir o espaço de encontro para saberes, valores que têm cidadanias institucionais diferentes e envolve enfrentar *‘uma casa de marimbondos’* ou de *‘abelhas africanas’*, mas talvez seja necessária, no ofício de ergólogo, a arte de um apicultor, para saber colher parte da produção de uma sinergia de seres vivos sem os ameaçar e, ao mesmo tempo, realimentá-los com seu trabalho (MUNIZ, 2000, p. 31, aspas e itálicos do autor).

Vimos que o número de pessoas dispostas e interessadas em participar foi gradativamente aumentando. Ao longo dos cinco Encontros participaram vinte e oito trabalhadores, incluindo o diretor geral/doutorando. A intenção de que houvesse continuidade dos Encontros foi manifestada por diversos deles (contrariando a lógica da ‘desmotivação’), assim como também manifestaram seus receios, suas dúvidas e incertezas sobre o futuro daquele dispositivo, tendo em vista a mudança de Direção e uma possível mudança na forma de gerir as gestões deles.

Assim, consideramos que foi cumprido o objetivo geral da tese, qual seja, analisar a dimensão gestonária do trabalho em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde (neste caso o Centro Municipal de Saúde) sob o ponto de vista da atividade,

discutindo-se a viabilidade do exercício de uma gerência baseada nos princípios propostos pela Ergologia.

Especificamente em relação ao trabalho dos dirigentes e governantes da Saúde, esta tese pode contribuir na busca de ferramentas de gestão que incluam o ponto de vista da atividade (normalmente ausente em suas análises e decisões) no sentido do desenvolvimento do que está sendo denominado nesta tese como '*ergogestão*'. Consideramos ainda que o fato do autor da tese ter operado como um ator híbrido, exercendo as atividades de diretor e pesquisador enquanto a tese se desenvolvia, contribuiu para que alguns dos objetivos específicos fossem cumpridos, inclusive viabilizando meios e contribuindo para que gradativamente se produzisse um ambiente facilitador para que o dispositivo 'Encontros sobre o Trabalho' pudesse se concretizar.

Foi possível através desse dispositivo e da inserção prolongada no campo, das visitas e conversas: analisar o trabalho no CMS a partir da ótica da *atividade*; identificar algumas das principais dificuldades e recursos para a atividade de trabalho no campo da Saúde e, juntamente com os trabalhadores da Unidade de Saúde pesquisada, constatar a existência de enorme complexidade em sua atividade (mesmo as consideradas mais simples), compreender algo desta e discutir propostas de como lidar com ela; identificar a produção de "saberes da prática" e estratégias dos trabalhadores, como o uso da "espiritualidade", o "ouvir e compreender" antes de falar, os mecanismos de controle do material, etc. Contudo, os limites impostos (prazo, quantidade de Encontros, outros afazeres cotidianos dos funcionários da Unidade, etc.) não permitiram que pudéssemos explorar a contento esses saberes e estratégias, investigando suas modalidades de circulação e suas relações com os saberes técnico-científicos e os processos de mobilização e desenvolvimento de competências naquela Unidade de Atenção Básica.

Não obstante, a pesquisa empreendida, conjuntamente com a experiência concreta de gerenciamento (como diretor geral), permitiu concluir que o esforço de implantação da modalidade que se denomina *ergogestão*, privilegiando o ponto de vista da atividade, pôde colaborar para promover transformações positivas no cotidiano da Unidade posta em análise. Verificou-se isso através de declarações verbais e escritas de trabalhadores, usuários e superiores hierárquicos, corroboradas pela Moção de Aplausos concedida pela Câmara Municipal à Direção e ao conjunto de trabalhadores do CMS.

Contudo, a aceitação dessa modalidade de gestão por um maior número de atores e seu desenvolvimento dependem do atendimento das necessidades apontadas pelo coletivo de trabalho como entraves a superar. A oferta de condições materiais de trabalho, planos de carreira, vontade política, expansão da participação da comunidade e um desempenho mais contundente do controle social seriam algumas das necessidades básicas a atender para alimentar o diálogo que contribuiria para superar algumas barreiras.

Os achados aqui presentes podem contribuir para a construção de um patrimônio de informações acerca da Unidade. A partir desse patrimônio outras experiências de gerenciamento podem vir a se desenvolver, obtendo-se assim, cada vez maior êxito na gestão do processo de trabalho e na melhoria das condições do atendimento oferecido aos usuários.

Retomando Rocha (2006) podemos pensar que, assim como em relação ao método, uma *ergogestão*, ou gestão de gestões⁷⁹, não é só uma questão de procedimento, mas deve ser também uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida. Esse modo de entender nos remete a duas constatações de Schwartz (SCHWARTZ; PRÉVOT-CARPENTIER, 2007): a primeira afirma que é impossível estandardizar, ou, ao menos, antecipar integralmente toda atividade humana e, notadamente, toda atividade humana de trabalho. É impossível dominar por antecipação a atividade industriosa humana.

A segunda constatação é de que não é vivível desenvolver uma atividade qualquer seguindo única e exclusivamente as regras previstas e impostas por outros. Ou seja, é invivível manter-se em um regime de estrita heteronomia, porque, como já demonstrara Canguilhem, a vida como pura execução de normas que não são retomadas, retribuídas, renormatizadas pelos viventes humanos, é sinônimo de doenças e de crises. Isso é o que parece ter ficado claro para todos nós. Esse entendimento e a postura advinda daí poderão colaborar para conduzir aquela Unidade a se tornar um meio de vida e de trabalho mais eficaz, mais prazeroso e mais salutar.

Outros estudos poderão contribuir nesse sentido, dado o constante interesse de pesquisadores por aquela Unidade como campo empírico, inclusive de

⁷⁹ Pois, “um dos elementos fundamentais do trabalho do gestor/gerente é ter que ‘gerir as gestões dos outros’, quer dizer, daqueles que estão sob sua responsabilidade” (SCHWARTZ, 2007, p. 2).

profissionais ali lotados, que já iniciaram ou pretendem iniciar seus cursos de especialização, mestrado ou doutorado. Consideramos também a possibilidade de manter o vínculo com os trabalhadores, explorar mais detalhadamente e com mais tempo disponível a riqueza contida nos materiais produzidos e dar continuidade ao presente estudo no grupo de pesquisa Actividade e/ou num possível pós-doutoramento.

E, para finalizar, fiquemos com essa assertiva de Schwartz (2005)⁸⁰:

“Gerir o trabalho”, se quisermos que esta gestão favoreça a saúde, será uma gestão que não ignore esta dupla característica (a do meio, a dos seres humanos) *do esforço para [melhor] viver.*

Assim, ao nos encontrarmos com a vitalidade e a potencialidade para transformar, presentes nos trabalhadores do CMS, confirmamos que pequenos gestos também fazem uma gestão.

⁸⁰ Pronunciamento feito em mesa redonda no Congresso da ABRASCO em Florianópolis, em 13 de julho de 2005.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o Quê? In: *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4), p. 361-365. Rio de Janeiro: out./dez., 1992.

ALMEIDA, C. M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. In: *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Vol. 4, num. 2, p. 263-286. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

ALVES, J. C. S. *Dos Barões ao Extermínio: uma história da violência na Baixada Fluminense*. Duque de Caxias, RJ: APPH, CLIO, 2003.

ARTMANN, E. *O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial*. Disponível em
<<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/OPESNIVELOCALJavier.rtf>>

Acesso em: 19 Mar 2008.

ATHAYDE, M. *Psicologia do Trabalho e Fordismo*. Texto para estudo. Rio de Janeiro: UERJ, 1986.

_____. *Gestão de coletivos de trabalho e modernidade*. Tese (Doutorado), COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, 266 p., 1996.

_____. *Psicologia e trabalho: que relações?* In: JACÓ-VILELA, A. M.; MANCEBO, D. (Orgs.). *Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 195-219, 1999.

_____. *Psicologia do Trabalho e Taylorismo*. Texto para estudo. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

_____. *Inteligência prática e trabalho*. Texto para discussão. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. *Trabalho, formação e inteligência prática na História*. Texto para discussão. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

_____. *Atividade de trabalho e corpo-si*. Inédito, 2003/2004.

_____. Uma caixa de ferramentas para atuar no campo da saúde (mental) do trabalhador. In: I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador - ABRASCO, 2007, Arcozelo-RJ. *Anais do I Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

_____. *Notas da atividade de orientação de Milton Athayde a Adilson Bastos*. Rio de Janeiro: UERJ, jan./mar. 2008.

_____. ; ZAMBRONI-de-SOUZA, P. C. *Le Guillant: Da Psiquiatria Social à Psicopatologia do Trabalho*. Inédito, 2003.

ATHAYDE, M. ; SILVA, A. C. B. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: Uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 22, p. 23-35, 2008.

ATHAYDE, M. et al. Apresentação. In: *Anais do I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho*. Niterói: UFF, p.8-12, 20-22 março 2001.

AUTRAN, P., ARAÚJO, V. Funcionários públicos são maioria no júri. Absolvção de PM acusado de matar menino de 3 anos levanta polêmica sobre a escolha do corpo de jurados. *O GLOBO*. Rio de Janeiro, 14 dez. 2008. RIO, p. 27.

BAREMBLIT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

_____.; MELO, C. R. Glossário. In: BAREMBLIT, G. F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 4. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p. 149-197, 1998.

BARROS, R. B. D. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

BARROS, M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). *Trabalhador da saúde; muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, p. 99-121, 2007.

BASTOS, A, D. *O lúdico no trabalho: o ponto de vista da atividade como operador de análise do lúdico no trabalho dos “menores” em um programa adolescente trabalhador*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2008.

BORGES, M. *O RH está nu: tramas e urdiduras por uma gestão coletiva do trabalho*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2006.

BOTAZZO, C. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

BOTECHIA, F. *O Desafio de Compreender-Desenvolver um Regime de Produção de Saberes Sobre o Trabalho e Suas Relações: A “Comunidade Ampliada de Pesquisa”*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2006.

BOTTOMORE, T (Ed.) *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e fundamentos dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Senado, 1990b.

_____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS/96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. GESTHOS GESTÃO HOSPITALAR: Capacitação a Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde. *Modulo I: Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, v. 3, n. 1, p.113-125. jan./mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Oficina nacional humanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização. Relatório final*. Versão de 31 jan. 2004. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Relatório de atividades 2003*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRITO, J. Saúde do trabalhador. Reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo, M., Athayde, M. Brito, J., Alvarez, D. (Orgs). *Labirintos do trabalho. Interrogações sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro. DP&A, 2004.

_____; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 239-265, 2003.

BRITO, J.; ATHAYDE, M; NEVES, M. Y. (Orgs.). *Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas*. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003.

CAMPOS, G. W.S. *A Saúde Pública em Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANGUILHEM, G. O que é a psicologia? *Tempo Brasileiro*: Rio de Janeiro, 30/32, jul/dez, 1972. Originalmente publicado em 1966.

_____. *O normal e o patológico*. 5. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. Originalmente publicado em 1943.

_____. Meio e normas do homem no trabalho. *Proposições*, v. 12, n. 2-3 (35-36), jul-nov., 2001. Originalmente publicado em 1947.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 3. ed. São Paulo. Mc Graw-Hill, 1983.

CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. Vol. 4, num. 2, Rio de Janeiro : ABRASCO, 1999.

_____. Vol. 7, num. 3, Rio de Janeiro : ABRASCO, 2002.

_____. Vol. 9, num. 1, Rio de Janeiro : ABRASCO, 2004.

CLOT, Y. *Le travail sans l'homme? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris: La Découverte, 1995.

_____. (Dir.). *Les histoires de la psychologie du travail. Approche pluri-disciplinaire*. Toulouse: Octarès, 1996.

_____. Les continents de l'expérience. *Les territoires du travail*, n. 3. Marseille: Catéis, 1999.

_____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____.; SOUBIRAN, M. Prendre la classe: une question de style? In : *Société Française*, p. 78-88, 1999.

CLOT, Y.; FAÏTA, D. Genre et Style en Analyse du Travail. In: *Travailler*, n.º 4. p. 7-42, 2000.

_____.; GORY, R. (Orgs.). *Catachrèse - Eloge du Détournement*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 2003.

CORNU, R. Le voisin sait bien des choses. In : SCHWARTZ, Y. (dir.) *Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique*. Paris: PUF, p. 275-293, 1997.

COSTA J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

COULON, A. *Etnometodologia*. Petrópolis: Vozes, 1995,

CRU, D. Savoir-faire de prudence dans les métiers du bâtiment. Nouvelles contributions de la psychopathologie du travail à l'étude de la prévention. In : *Cahiers Médico-Sociaux*. Genebra, p. 239-247, 1983.

CYRINO, A. P. P; TEIXEIRA, R. R. *Problematizando as práticas de comunicação e educação em saúde*. Disponível em <http://www.redeunida.org.br/vcongresso/ementas/OFICINA%2035.doc>>. Acesso em: 05 de julho de 2006.

DANIELLOU, F. (Ed.) *L'ergonomie en quête de ses principes*. Toulouse: Octarès, 1996.

DAVEZIES, P. Éléments de Psychodynamique du Travail. *Education Permanente*, 116. Paris, 1993.

_____. La place de l'homme dans les transformations du travail en general et dans le secteur du nucléaire en particulier. *Coloque Le nucléaire et l'homme*. Paris: Comitts Mixtes à la Production. Conseil Supérieur Consultatif EDF/GDF, 9/10 octobre 2002.

De MONTMOLLIN, M. *L'intelligence de la tâche: éléments d'ergonomie cognitive*. Berna: Peter Lang, 1986.

_____. *L'ergonomie*. Paris: La Découvert, 1990.

DEJOURS, C. *Plaisir et souffrance dans le travail*. (Publié avec le concours du CNRS et du Ministère de la Recherche). 2 t. Orsay: OACIP, 1988.

_____. *Repressão e subversão em psicossomática. Pesquisas psicanalíticas sobre o corpo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

_____. Addendum théorique: de la psychopathologie a la psychodynamique du travail. In _____. *Travail: usure mentale*. Nouvelle édition augmenté. Paris: Bayard, 1993.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E. JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 21-32, 1994.

DEJOURS, C. Inteligência operária e organização do trabalho. A propósito do modelo japonês de produção. In: HIRATA, H. *Sobre o modelo japonês*. São Paulo: Edusp, p. 281-309, 1995.

_____. *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1997.

DEJOURS, C. Biologia, Psicanálise e Somatização. In: VOLICH, R. M. et al (org.). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 39-49, 1998a.

_____. O sofrimento no trabalho. Entrevista com Christophe Dejours. Conversa compilada por Catherine Combase. *Critique Communiste*. n. 158, 1998b.

_____. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1999.

_____. ; DOPLER, F. Avant-propos. In: DEJOURS, C.; VEIL, C.; WISNER, A. *Psychopatologie du travail*. Paris: Entreprise Moderne d'Édition, 1985.

_____.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. In: *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, 33 (3), p. 98-104. Mai./Jun. 1993.

_____.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. ; ABDOUCHELI, E. Desejo ou Motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 33-43, 1994a.

_____. ; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 120-145, 1994b.

_____. ; JAYET, C. Psicopatologia do Trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 67-118, 1994.

DELEUZE, G. *Crítica e Clínica*. 1. ed. São Paulo: Ed. 34, 1997.

_____.; GUATTARI, F. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1998.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Vol. 9, num. 1, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

DETIENNE, M.; VERNANT, J. P. *Les ruses de l'intelligence : la métis chez les Grecs*. Paris : Flammarion, 1974.

DORAY, B. Un regard sur l'oeuvre de Louis Le Guillant dans le domaine de la Psychopathologie du Travail. In: Y. Clot (Dir.). *Les Histoires de la Psychologie du Travail: Approche Pluri-disciplinaire*. Toulouse: Octarès, p. 125-138, 1996.

DURAFFOURG, J. Le travail et le point de vue de l'activité. In: SCHWARTZ, Y., DURRIVE, L., *Travail & Ergologie*, Toulouse, Octarès, p. 31-68, 2003.

DURRIVE, L. Caixa de ferramentas. O fio condutor do animador. In: *I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho*, Niterói, Anais: UFF, p. 54-73, 2001.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

FAÏTA, D., MAGGI, B. *Un débat en analyse du travail. Deux méthodes en synergie dans l'étude d'une situation d'enseignement*. Toulouse. Octarès, 2007.

FIGUEIREDO, M. *O trabalho de mergulho profundo em instalações petrolíferas offshore na bacia de Campos: confiabilidade e segurança em meio à guerra de 'Highlander' contra Leviatã*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Coppe, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

FILHO, A. D. S. O SUS e a Saúde da Família. In: *Cadernos Metropolitanos*. VOL. II, p. 11-15. Rio de Janeiro: UFRJ/UERJ. Agosto 2004.

FLEURY, A. C. C. Rotinização do trabalho: o caso das indústrias mecânicas. In: A. C. C. Fleury; N. Vargas (orgs.). *Organização do Trabalho*, p.84-106. São Paulo: Atlas, 1983.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FOUCAULT, M. A Governamentalidade. In: *Microfísica do poder*. 18. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 277-293, 2003.

FRANÇA, M. *Uma Comunidade Dialógica de Pesquisa: atividade e movimentação discursiva nas situações de trabalho de recepcionistas de guichê hospitalar*. Tese (Doutorado) – PUC SP, São Paulo, 2002.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas*. Vol. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação dos serviços. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de serviço. Produção e avaliação*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, p. 23-65, 2001.

GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

_____. *O Inconsciente Maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Campinas: Papirus, 1988.

_____. *As três ecologias*. 3 ed. Campinas: Papirus, 1991.

_____. ; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 2. ed., 1986.

GUÉRIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HOBBSBAWN, E. *Os mundos do trabalho*. São Paulo: Paz e Terra. 1987.

HUBAULT, F. *Traité d'ergonomie*. Toulouse: Octarès, 1996.

HUXLEY, A. *As portas da percepção*. 11 ed. Rio de Janeiro: Globo, 1984.

JOUANNEAUX, M. *Le pilot est toujours devant*. Toulouse: Octarès, 1999.

JUNGBLUT, C. Farra Fiscal: Governistas, especialmente no PT, defendem gastos para melhorar qualidade dos serviços públicos. Gasto com pessoal cresceu 15,9% no Judiciário. *O GLOBO*. Rio de Janeiro, 14 dez. 2008. *O PAÍS*, p. 12, 2008.

LACOSTE, M. Parole, activité, situation. In: BOUTET, J. *Paroles au travail*. Paris: L'Harmattan, 1995.

LAVILLE, A. *L'Ergonomie*. Paris: PUF, 1976.

LE GUILLANT, L. Groupe de Recherche Louis Le Guillant (Org.). *Quelle Psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*. Toulouse: Erès, 1984.

LIMA, M. E. A. A Psicopatologia do Trabalho – Origens e desenvolvimentos recentes na França. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Ano 18, n. 2, p. 10-15, 1998.

_____. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Orgs.). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 50-81, 2002.

MACHADO, L. D. Ética. In: BARROS, M. E. *Psicologia. Questões contemporâneas*. Vitória: EDUFES, p. 145-162, 1999.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. In: *Psicologia em Estudo*. V. 7, N. 2, p. 111-116. Maringá: jul./dez. 2002.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*, p. 23-28. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006a.

_____. Atenção à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*, p. 29-34. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006b.

MARTY, P. A *psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARX, K. Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos / Karl Marx; seleção de textos de José Arthur Gianotti. Coleção *Os pensadores*. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MASSON, L. P. *A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem em Unidade Neonatal: Uma análise do ponto de vista da atividade*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

MATHERON, G., MICHEL, A. Activité soignante : éthique et savoirs pertinents. In : SCHWARTZ, Y. (dir.) *Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique*, p. 255-273. Paris: PUF, 1997.

MATURANA, H. R. Lenguaje y realidad: el origen de lo humano. In: *Desde la Biología a la Psicología*. Viña Del Mar: Eds. Fund. Synthesis, 1993.

_____. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

_____. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.

_____. *Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano*. São Paulo: Palas Athena, 2004.

_____.; VERDEN-ZÖLLER, G. A origem do humano. In: _____.; REZEPKA, S. N. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 59-86, 2000.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Ipea, 1993.

MELLO FILHO, J. (Ed.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MENDES, E. V. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. *Uma agenda para a saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S.M.F. (Org.). *Democracia e Saúde: a luta do CEBES*. p. 125-142. São Paulo: Lemos, 1997.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. vol 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MOLICA, F. Os mortos de Caxias. *O Dia*, Rio de Janeiro, 16 set. 2008. Informe do Dia, Primeiro Caderno, p. 4, 2008.

MUNIZ, H. P. *Concepções dos operários da construção civil sobre acidente do trabalho*. Dissertação (Mestrado em Educação). João Pessoa: Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, 1993.

_____. *A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Coppe, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

NÉBOIT, M.; VÉZINA, M (dir.). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octarès, 2003.

ODDONE, I. La communauté scientifique élargie. In: *Revue Société Française*, n. 10, 1984.

ODDONE, I. ; RE, A. ; BRIANTE, G. *Redécouvrir l'expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?* Paris: Messidor/Ed. Sociales, 1977/1981.

ORBAN, É. *Service public! Individu, marché et intérêt public*. Paris : Syllepse, 2004.

ORTSMAN, O. *Mudar o Trabalho. As Experiências, os Métodos, as Condições de Experimentação Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 16, n. 1, p. 071-079, Brasília, Jan.-Abr. 2000.

POLITZER, G. *Critique aux fondements de la psychologie*. Paris: PUF, 1968.

RIBEIRO, J. M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. In: *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Vol. 7, num. 3, p. 413-415. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2002.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Vol. 4, num. 2. Rio de Janeiro : ABRASCO, p. 355- 365, 1999.

RIZZINI, I.; CASTRO, M. R.; SARTOR, C. D. *Pesquisando... Guia de metodologias de Pesquisa para programas Sociais*. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1999.

ROCHA, M. L. A formação na interface Psicologia / Educação: novos desafios. In: JACÓ-VILELA, A . M.; MANCEBO, D. (Orgs.). In: *Psicologia Social: abordagens sócio-históricas e desafios contemporâneos*. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 183-194, 1999.

_____. História da educação e os diferentes regimes de tempo escolar. *Revista Educação e Ensino – USF*, Bragança Paulista, v. 6, n. 2, p.7-18, jul./dez., 2001.

_____. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. In: *Psico*, v. 37, n. 2, p. 169-174. Porto Alegre: PUCRS, 2006.

_____. O que é pesquisar e quais suas relações com os processos de autonomia e saúde do professor de ensino fundamental? In: *Jornal do Conselho Regional de Psicologia*. Ano 5, n. 20, p. 12-13, Janeiro 2009.

_____; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. In: *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 23. n. 4, p. 64-73. Conselho Federal de Psicologia, 2003.

RODRIGUES, H. de B. C.; LEITÃO, M. B.S.; BARROS, R. B. D. (Orgs.). *Grupos e instituições em análise*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2000.

ROLNIK, S. Esquizoanálise e Antropofagia, *Colóquio Encontros Internacionais Gilles Deleuze*, s.l., 1996.

SAIDON, O. Introdução. In: _____.; KAMKHAGI, V. R. (Orgs.) *Análise institucional no Brasil: favela, hospício, escola, FUNABEM* . p. 11-16. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

SALERNO, M. S. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos e o trabalho em atividades de serviços. In: SALERNO, M. S. (org.). *Relação de serviço. Produção e avaliação*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, p. 9-22, 2001.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). *Trabalhador da saúde; muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SATO, L; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em Psicologia. In: *Psicol. USP [on line]*, v. 12, n. 2, pp. 29-47. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642001000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2008.

SAWAIA, B. B. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. (Orgs.). *Novas veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense/EDUC, 1995.

SCHEIN, E. H. *Psicologia Organizacional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1982.

SCHWARTZ, Y. 1983 Vers une nouvelle communauté scientifique? *Société Française*, n. 7, 1983.

_____. Travail et usage de soi. In: BERTRAND, M. et al. *Je, sur l'individualité. Approches Pratiques / ouvertures marxistes*, Paris: Messidor, p. 181-207, 1987.

_____. *Travail et Philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octarès, 1992.

_____. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: Daniellou, F. (Org.), *L'ergonomie en quête des ses pincipies.*, Toulouse: Octarès, p. 141-182, 1996.

SCHWARTZ, Y. (dir.) *Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique*. Paris: PUF, 1997.

_____. A Comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho e Educação. Revista do Nete*, n 7, p.38-46, jul./dez. [1999] 2000.

SCHWARTZ, Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de Philosophe*. Toulouse: Octarès, 2000.

_____. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA-e-SILVA, M. C. P. e FAITA, D. (Orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, p. 109-126, 2002.

SCHWARTZ, Y. Le Travail et le usage de soi. In: _____; Durrive, L. (dir.) *Travail et Ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarès, 2003.

_____. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J.; Alvarez, D. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 23-33, 2004.

_____. Intervenir dans la vie des autres. In: *Calidoscópio*. Vol. 3, n. 2. Unisinos, p. 88-96, mai. / ago. 2005., 2005a.

_____. Conferência na Mesa Redonda: Trabalho e Saúde: construindo outros modos de gestão. Florianópolis: ABRASCO, 13 de julho de 2005. Texto com revisão de Denise Alvarez e Milton Athayde, mimeo, 14 p, 2005b.

_____. Actividade. *Laboreal*, 1, (1), p. 63-64.

<<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471122647:6179511>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

_____.; FAÏTA, D. (Org.). *L'homme producteur*. Paris: Editions Sociales, 1985.

_____.; DURRIVE, L. (dir.). *Travail & Ergologie : entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse : Octarès, 2003.

_____.; PRÉVOT-CARPENTIER, M. *L'Ergomanagement*. Disponível em <www.arianesud.com>. Acesso em: 20 dez. 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1994a.

_____. Uma história de “crise de nervos”: saúde mental e trabalho. In BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994b.

_____. Os riscos da insensibilidade. In: FURTADO, T. (Org.). *Recursos humanos: a falência psicológica nas organizações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, p. 63-87, 1995.

SILVA, A. C. B. *A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da Estratégia Saúde da Família: exercício de análise do ponto de vista da atividade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – Instituto de Psicologia - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. In: *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, 33 (117). São Paulo, p. 23-35, 2008.

SOUZA, W. F. *Trabalho: Prazer ou sacrifício? Uma investigação psicossomática sobre o desgaste mental e o sofrimento no trabalho*. Monografia (Pós-graduação / Especialização em Psicologia Médica e Psicossomática). Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 1997.

_____. *Corpo e atividade: elementos para (re)pensar a Psicologia do Trabalho*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – Instituto de Psicologia – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Winnicott & Maturana: um diálogo possível? In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Instituto de Psicologia. UERJ: Rio de Janeiro. Ano 8, n. 2, 1. sem. 2008. p. 527-535. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/normas.html>.

_____. VERISSIMO, M. A ergogestão: por um outro modo de gerir o trabalho e as reservas de alternativas. In: *Ergologia. Revue du Département d'Ergologie*. Université de Provence. Aix-Marseille: Université de Provence, 2009.

TAMBELLINI, A. *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*. Tese (Doutorado). Unicamp. Campinas, 1976.

TAYLOR, F. W. *Princípios de Administração Científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TEIGER, C. El trabajo, esse oscuro objeto de la Ergonomía. In: Castillo, J. J. e Villena, J. (eds.). *Ergonomía: conceptos y métodos*. Madri: Editorial Complutense, p. 141-162, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e planejamento de saúde. In: *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*. Vol. 4, num. 2, p. 287-303. Rio de Janeiro : ABRASCO, 1999.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1986.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

VANDERLEI, M. I. G. *O gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família: O Processo de Trabalho dos Gestores e dos Gerentes Municipais de Saúde em Municípios do Estado do Maranhão*. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.

VAZ, P. *O inconsciente artificial*. São Paulo: Unimarco Editora, 1997.

VÉZINA, M. Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In: NÉBOIT, M. e VÉZINA, M (Dir.). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse: Octarès, 2003.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VINCENTI, A. Ivar Oddone, intelectual orgânico e pesquisador heterodoxo. In: *Les territoires du travail – Les continents de l'expérience*, nº 3. Marseille: Catéis, p. 33-42, 1999. Tradução de Jussara C. de Brito para circulação restrita e utilização nas aulas da disciplina “Estudos sobre as dimensões subjetivas no trabalho: a abordagem ergológica” ministrada em 2002 na ENSP/FIOCRUZ.

WINNICOT, D. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WISNER, A. *A inteligência no trabalho*. São Paulo: Fundacentro, 1994.

_____. Itinéraire d'un ergonomiste dans l'histoire de la psychologie contemporaine. In: CLOT, Y, (Ed.) *Les histoires de la psychologie du travail*, Toulouse: Octarès, p. 89-92, 1996.

ZAMBRONI-de-SOUZA, P. *O Trabalho como Possível: o caso das pessoas com “graves transtornos mentais”*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2006.

_____.; ATHAYDE, M. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Instituto de Psicologia. UERJ: Rio de Janeiro. Ano 6, n. 1, 1. sem. 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/normas.html>.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência. Por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001a.

_____. Mutações dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.): *Relação de serviço. Produção e avaliação*, São Paulo: Editora SENAC, p. 67-93, 2001b.

_____. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.): *Relação de serviço. Produção e avaliação*, São Paulo: Editora SENAC, p. 95-149, 2001c.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)