

CÂMARA TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO COMO DISPOSITIVO DE CO-GESTÃO: EXPERIMENTANDO O CONCEITO DE REDE

Serafim Barbosa Santos-Filho
Regina Benevides de Barros

AS BASES E OS MODOS DE SE CONSTITUIR A CÂMARA TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO/CTH

A Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, vem se firmando no SUS como política que atende a importantes reivindicações, já que inclui – em seus princípios, método, diretrizes e dispositivos – todos os que estão envolvidos no processo de produção de saúde. É uma política que destaca o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado, voltando-se para a alteração de modelos de atenção e de gestão. A PNH é política que altera o modo tradicional com que habitualmente se constroem as relações entre as instâncias efetuatoras do SUS, como também nos Serviços, já que ela se faz transversalmente, num trabalho conjunto com outras áreas, programas, setores e outras políticas.

Como política transversal e com claras propostas de alteração dos modelos de atenção e de gestão comprometidas com a melhoria da qualidade da saúde – tanto para usuários, quanto para trabalhadores – a PNH retomou suas ações, em setembro de 2005, redesenhando modos de funcionar e estabelecendo prioridades em consonância com as necessidades expressas pelos estados, municípios e serviços.

No caso do Rio de Janeiro (RJ), a partir da instalação da Assessoria Especial da Região Metropolitana do Rio de Janeiro através da Diretoria Geral dos Hospitais (DGH), sob Gestão do MS no RJ e da Secretaria Executiva da Comissão Metropolitana (SECM), a PNH foi considerada uma das políticas estruturantes e em necessária articulação com as demais políticas de atenção e gestão para garantir sustentação/apoio ao Estado e municípios no sentido de alterar o grave quadro de saúde da população fluminense.

Com base na escuta das necessidades levantadas inicialmente nas Unidades Hospitalares ligadas à DGH e depois com os municípios referidos à SECM, a PNH-Rio se organizou em um trabalho voltado para três grandes eixos: (i) Acesso com responsabilização, vínculo e acolhimento; (ii) Saúde do trabalhador: cuidando de quem cuida; e (iii) Implementação de processos de co-gestão.

Origem e Contexto da Câmara Técnica de Humanização dos Hospitais (CTH)

Estava já em curso, naquele momento, uma reunião mensal dos diretores das 19 Unidades Hospitalares¹, que haviam acordado um trabalho conjunto de gestão em

¹ Compunham o Colegiado de Diretores dos Hospitais: as 6 Unidades sob gestão do Ministério da Saúde/MS (Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral da Lagoa, Hospital Geral do Andaraí, Hospital dos Servidores do Estado); os Institutos (Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, Instituto Nacional do Câncer [5 Unidades], Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia); os Institutos de Pesquisa ligados ao MS (Instituto Evandro Chagas, Instituto Fernandes Filgueiras); os Hospitais Universitários (Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ;

articulação com a DGH/SAS/MS. Havia também propostas desta composição ser mantida para certos temas voltados para os processos de atenção e gestão nas Unidades, compondo o que era chamado de Câmara Técnica. Foi assim que propusemos, em outubro de 2005, uma primeira reunião convidando todas estas Unidades para um debate sobre a PNH e a proposição de instalação de uma Câmara Técnica de Humanização. O objetivo inicial, acompanhando o modo de fazer da PNH, era o de aproximação, conhecimento, sensibilização e estímulo ao intercâmbio das experiências de humanização existentes nas Unidades.

Resultaram deste encontro a construção de um Mapa de iniciativas, de Planos iniciais de ação em Humanização e a Instalação da Câmara Técnica, estabelecendo-se um cronograma de reuniões, temas e compromissos.

Foram em torno de 70 participantes entre diretores e pelo menos dois representantes de humanização de cada Unidade, além da equipe da DGH. Ressaltamos a importância do conhecimento sobre a realidade das Unidades, suas iniciativas de humanização e demandas, de modo a estarem habilitados a compor um *plano de humanização*, e a serem representantes (titular e suplente) na Câmara Técnica de Humanização.

Dada a diversidade de experiências levantadas, muitas vezes implementadas de forma mais pontual e apresentadas como iniciativas isoladas, optamos, a seguir, por reuni-las, englobando-as em grandes grupos de “projetos”, “ações” e/ou “dispositivos” com os quais a PNH tem trabalhado. Dessa forma, apareceram com mais visibilidade tanto as ofertas potenciais da PNH, quanto a situação, naquele momento, das iniciativas/experiências dos serviços.

Observamos que praticamente todas as ações foram referidas como existentes em algum grau de iniciativa em cada Serviço, carecendo de serem ampliadas, consolidadas e/ou se instituírem de forma mais abrangente e sistemática, daí emergindo também como demandas (para aprimoramento, redirecionamento e/ou consolidação). Na perspectiva da PNH, todas essas experiências poderiam ser incorporadas e valorizadas, agregando-se a elas estratégias e métodos para se aprimorar sua implementação, possibilitando maior alcance, visibilidade e caminhos para análise de suas repercussões e efeitos (o que contribuiria para sua própria legitimação enquanto política transversal e mais ampla).

Partindo desse cenário, propusemos que fosse aprofundado em cada Serviço/Hospital (em planos de ação específicos) quais seriam as demandas prioritárias para adequação, ampliação e/ou consolidação das experiências.

O primeiro passo para delimitar as demandas de modo mais específico seria analisar juntamente com os Serviços os seus planos de ação preliminares, ajudando na demarcação e ajustamento das prioridades. No encontro seguinte da CTH, seriam retomadas as Operações Estratégicas e Planos de Ação a serem trazidos pelos diferentes Hospitais.

Modos de fazer

Como já se pode observar, escolhemos, desde o princípio, seguindo o *método da inclusão* da PNH, um modo de funcionar em que o ponto de partida foram as experiências dos Serviços trazidas ao debate coletivo, tendo como olhar analítico-avaliativo os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH. A perspectiva problematizadora adotada incluía a todos – representantes dos Hospitais e consultores da PNH –, num exercício de ir e vir, exigindo constantes (re)contratações das tarefas, mas principalmente dos modos de fazer.

Chamamos atenção especialmente para este ponto porque, para além do que construíamos e combinávamos como tarefas a serem realizadas com os Serviços por cada representante da CTH, havia uma preocupação com a construção de redes, movimentos de equipe que pudessem fazer de cada ação/atividade de humanização, uma situação catalisadora/analísadora dos modos de trabalhar nas Unidades.

Além disso, tivemos a preocupação de também na CTH irmos construindo uma grupalidade que desse suporte aos trabalhadores, ali representantes da Humanização, a funcionarem como multiplicadores da PNH, o que significava que deveriam ir se constituindo como sujeitos comprometidos com a mudança nos modos de atender e de gerir o trabalho nas Unidades de saúde. O exercício que fazíamos ali na CTH deveria se propagar mais como modo de fazer do que como ‘receituário prescrito a ser cumprido’. Para tanto, o suporte dos consultores² - presencial mensal, mas também virtual entre as reuniões –, discutindo planos, avaliando dificuldades, criando alternativas para a construção das ações, foi a nosso ver ponto fundamental para o enfrentamento das dificuldades que fomos encontrando.

A partir do mapeamento de iniciativas e demandas, foi orientado o levantamento das Operações Estratégicas que seriam necessárias para cada Hospital inserir e/ou retomar a pauta da discussão sobre Humanização em sua Instituição. Por Operações Estratégicas entendíamos as operações para mobilizações e passos iniciais do ponto de vista político-institucional, abrindo ou fortalecendo “espaços” para que planos de ação específicos fossem elaborados e pactuados. Reafirmava-se, portanto, a importância dessas Operações como estratégias de mobilização e legitimação da Política de Humanização como política da Instituição.

Esta era outra de nossas preocupações: trabalhar o princípio da transversalidade da PNH, o que implicava uma mudança de posição destes mesmos atores-representantes dos Serviços. Não se desejava que fossem criadas novas “caixinhas” no organograma institucional e a partir daí falarem sobre humanização. Tratava-se, de outro modo, de que eles se movessem no espaço institucional, encontrando, portanto, os pontos de tensão, de resistência à mudança, mas também de (re)existência dos espaços de trabalho.

Decidimos também por enfrentar a fragmentação usual dos processos de trabalho e, assim, apostamos na indissociação entre o planejar, o decidir, o executar e o avaliar. Desde o início trabalhamos com a direção de levantamento de experiências, planejamento discutido com as equipes nos serviços, planos que buscassem estar em

² A CTH dos Hospitais é coordenada pelos consultores Regina Benevides e Serafim Santos Filho. A CTH da região metropolitana foi coordenada pela consultora Adriana Coser com apoio de Regina Benevides e Serafim Santos Filho.

sintonia com suas necessidades, processos de decisão compartilhados e criação de indicadores de acompanhamento e monitoramento.

Este ponto, aliás, merece destaque, pois foi o que se mostrou como importante analisador da dificuldade dos Serviços em registrar sua experiência, dar continuidade às suas ações, planejar, fazer e avaliar os processos no processo. Não foram poucas as discussões, os momentos de desânimo/ânimo e de reconstrução dos planos.

Escopo, alcance, tipologia de pautas

Vale destacar o modo também como fomos construindo as pautas das reuniões da CTH.

Durante todo o tempo o que nos orientou foram as experimentações dos planos de humanização que iam se construindo nos Serviços. Isto quer dizer que entre um encontro e outro os representantes “membros” da CTH precisavam conversar com os trabalhadores de sua Unidade, discutir o plano, ver modos de implementá-lo, apresentar as propostas, negociar prazos, trabalhar os indicadores e, principalmente, estimular a construção coletiva do trabalho.

Nada disso, entretanto, deu-se maneira uniforme, homogênea. Em cada Serviço o movimento foi tomando um jeito de acontecer, foram sendo escolhidas diretrizes e dispositivos a serem trabalhados. Em cada Unidade foram sendo priorizadas ações, indicadores, espaços de intervenção. Em cada Unidade fomos também acompanhando dificuldades, alterações de projeto, interrupção de alguns outros.

De qualquer modo, o que principalmente fomos conseguindo foi construir a CTH como um espaço-intercessão para todos os planos das diferentes Unidades. A idéia de intercessão nos parece especialmente relevante porque não se tratava de nós (os consultores) dizermos a eles (os trabalhadores-gestores das Unidades) o quê ou como fazer, mas sim de entrar no movimento³ que eles iam conseguindo produzir nos Serviços.

Experimentando o Conceito de Rede: CTH como Dispositivo da PNH

Este sentido de “entrar no movimento” foi mais fortemente implementado com três meses de trabalho quando começamos a provocar o sentido de rede. A aposta da PNH em se fazer política pública⁴ implica num compromisso permanente em lateralizar as trocas, aumentar o grau de abertura dos serviços, das práticas: ampliação da gestão e da clínica.

Este movimento forçou-nos a trabalhar novamente a relação entre os *princípios* da PNH – transversalidade e indissociabilidade –, seu *método* – o da inclusão –, as *diretrizes* – no caso, a da co-gestão –, e os *dispositivos* referidos – colegiado gestor, contrato de gestão compartilhado, GTH.

O que estamos querendo dizer é que se a CTH era (é) um espaço para a reunião das diferentes Unidades e de aprender-fazendo os planos de trabalho em humanização, ela

³ Deleuze, G (1992). Os Intecessores. Em Deleuze, G. Conversações. Rio de Janeiro, ed 34, p 151-168.

⁴ Benevides de Barros, R & Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas públicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. , v.10, p.561 - 571, 2005.

também, CTH, como um dispositivo da PNH, dispositivo que concretizava um movimento/diretriz de co-gestão.

O trabalho a que nos propusemos era o de, sobretudo, fortalecer a PNH como política pública, o que significava dizer trabalhar o grau de autonomia (criação coletiva e singular das regras) dos Serviços, mas também aumentar a possibilidade de trocas entre eles.

Não queríamos ficar na posição “centralizada” de consultores especialistas em humanização(!), a quem todas as demandas deveriam ser dirigidas (e atendidas!). Diferentemente, dedicamo-nos a construir mapas de demandas e ofertas de modo a que as Unidades pudessem se ver também como detentoras de saber-poder, pudessem se ver como habilitadas a “fazer-saber-fazer”.

Isto, é claro, aumentava o grau de co-responsabilidade de todos com a CTH e com a implementação da PNH seja em seus Serviços, seja como “coisa pública”.

Fomos a cada mês traçando, traçando a rede. Nossa função em muitos momentos era a de “fazer conexões”, ligar experiências; e começamos a observar movimentos de visitas entre Serviços, cursos em que vagas eram destinadas aos Hospitais que compunham a CTH, trocas de experiências bem sucedidas, mas também daquelas que não tinham ido tão bem.

Vale destacar que um ponto fundamental em toda esta construção em rede foi a função de referência do dispositivo CTH. Nesses meses todos de funcionamento apenas em um não houve reunião por decisão do coletivo por ser um mês de férias da maior parte dos representantes. Chamamos a atenção para isto, pois esta função de referência foi por várias vezes mencionada nas reuniões como sendo um forte elemento de sustentação da rede. Ao contrário de reuniões deste tipo, cuja tendência é o esvaziamento e a burocratização, os encontros da CTH sempre estiveram cheios e vivos. Muitas vezes ouviu-se que estar ali todo o mês era importante para “sentir que estava acompanhado quando voltava para o Serviço”, que “era bom para dividir os momentos difíceis de negociação nas Unidades”, que “criava laços entre eles”, etc.

Assim, seguindo a própria PNH, a CTH trabalhou com os princípios, método, diretrizes e dispositivos propostos pela política, constituindo-se ela mesma, a CTH, em um dispositivo de co-gestão comprometido com a função rede da PNH.

A CTH da Metropolitana (CTH-Metro)

Em março de 2006 seguindo a experiência da CTH dos hospitais, propusemos também uma CTH para a região Metropolitana do Rio de Janeiro⁵. Se antes já vínhamos trabalhado com a Secretaria Executiva da Região Metropolitana que também assumiu como prioridade a Política de Humanização na implementação dos projetos/apoios aos municípios que articulava, é neste momento que conseguimos condições de implantar a

⁵ A região metropolitana está dividida em duas regiões: Metropolitana 1 (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense [Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Nilópolis, S.João de Meriti, Belford Roxo, Japeri, Magé, Mesquita, Queimados, Seropédica], e Itaguaí; e Metropolitana 2 (Niterói, Marica, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito)

CTH da Metro de modo mais sistemático. A entrada de uma consultora⁶ especialmente dedicada ao trabalho da região foi elemento-chave para o processo deslançar.

Da mesma forma como havíamos trabalhado na CTH dos hospitais, partimos do levantamento de iniciativas, análise de demandas possibilidades de ofertas.

A situação era bastante diferente já que se tratava de municípios com vários serviços, o que significou um redimensionamento do escopo e âmbito dos planos de ação em humanização. Desde março foram realizadas 10 reuniões mensais com discussões temáticas sobre os dispositivos da PNH, apoiando-se todo o tempo nos planos que foram também sendo construídos pelos participantes em constante negociação com os serviços e municípios.

O acompanhamento dos planos de trabalhos dos municípios tem se dado seja pela participação nos debates e encontros municipais, seja pela oferta de oficinas nos serviços, fomentando reuniões de equipes de tal modo que possam se apropriar dos conceitos-ferramentas da PNH.

Vale destacar que em 80% dos municípios criou-se a função de “apoiador da PNH” para acompanhar e estimular as ações de humanização nos planos municipais e nos serviços.

A CTH EM ANÁLISE: PROCESSOS-MOVIMENTOS⁷

A experiência de constituição das Câmaras Técnicas de Humanização englobando serviços do Rio de Janeiro tem permitido marcar e visibilizar um conjunto de situações que aqui chamaremos de *processos*, puxando da polissemia deste termo alguns dos seus sentidos que encontramos na PNH – sentido de *curso, marcha, sucessão de mudanças; “maneira pela qual se realiza uma operação, segundo determinadas normas; método; técnica* (Aurélio, 1999). De modo bem abrangente e ao mesmo tempo específico, queremos englobar esses sentidos (e outros), associando *processo* a *movimentos*, focados nos conceitos e princípios centrais da Política de Humanização.

Partindo dos objetivos que foram-se definindo na constituição desse espaço-dispositivo “CTH”, vendo-os em termos avaliativos pode-se falar em *marcadores de processos*, neles embutidos movimentos/produtos de diferentes ordens e abrangências.

Primeiramente, pode-se dizer que a própria agenda da CTH é um processo, na medida em que vai constituindo-se, direcionando-se e se renovando, a partir do seu próprio movimento, como uma espiral. Assim se pode falar que a estratégia básica de funcionamento da CTH – a agenda de reuniões/pautas/métodos – revela não somente uma programação, de caráter estático, mas uma dinâmica que vai configurando o desenho/essência da CTH.

⁶ A consultora Adriana Coser assumiu em fevereiro de 2006 a região metropolitana do Rio de Janeiro, como área prioritária de trabalho no projeto do HumanizaRio/PNH.

⁷ A análise feita nos próximos pontos tomará como base em especial a experiência da CTH dos hospitais, ainda que possamos dizer que também na CTH da região Metropolitana o processo, guardadas suas diferenças – já que se trata de município e não apenas serviços –, acompanhe trajetória bastante semelhante particularmente para o que estamos colocando em análise no presente artigo, qual seja, a função da CTH como dispositivo da PNH.

Para continuar na demarcação desses processos na/da CTH, vale lembrar o objetivo/produto central que se configurava na origem da criação desse dispositivo. Esperava-se, em um cenário bem amplo, mas bem direcionado, a configuração de uma *rede solidária*, de constituição de compromissos em torno da melhoria da atenção aos usuários e pela valorização dos trabalhadores da saúde. Ao se propor o dispositivo esse pano de fundo estava claro como objetivo/meta geral, e dele deveriam ser derivados os objetivos específicos, a serem construídos no decorrer da CTH e de forma participativa, cuidando para que se instituisse com a “cara” dos sujeitos e serviços que estivessem desejando dela participar, inventando-a.

Podemos afirmar que mantivemos esse princípio norteador com máxima radicalidade, uma vez que os primeiros encontros da CTH (pode-se falar em uma “série inicial”) foram encontros de muita “plasticidade” quanto aos conteúdos e modos de se os ir pautando. Como certo tínhamos apenas a idéia-decisão de que o trabalho/ação que ali fosse se afluando devesse ser aos poucos abrigado em uma perspectiva de planejamento e de acompanhamento avaliativo. Ou seja, tínhamos clareza dos *contornos* que poderiam ajudar a direcionar o trabalho, e que esses contornos também estariam sendo colocados em experimentação, buscando-se um “jeito humanizado” de elaborar planos de ação e de monitoramento.

Fizemos então a primeira série de encontros deixando amplos momentos para que fossem aos poucos levantadas (“lembradas”) as iniciativas locais (dos serviços) que pudessem estar associadas às diretrizes de Humanização. Foram movimentos de idas e vindas, com os participantes às vezes alternando em presença, cada um “lembrando” de atividades complementares na história dos serviços. O “mapa de iniciativas existentes” que imaginávamos como possível no primeiro evento/oficina foi-se formando na verdade com o próprio decorrer dos encontros, em um processo simultâneo de *levantamento/lembração* das atividades, com a *compreensão* mesma do que estava mais próximo ou mais distante dos princípios e diretrizes da Humanização. Foi, portanto, processo pedagógico, tanto pelo viés (i) da retomada e valorização das atividades existentes (os pontos de partida), (ii) de sua problematização à luz dos seus conteúdos, princípios e repercussões efetivas no contexto das instituições, e (iii) da simultânea e conseqüente compreensão coletiva e contextualizada das diretrizes e dispositivos da PNH. Foi processo pedagógico norteado por um pensamento de planejamento e avaliação, em que buscávamos traduzir as experiências levantadas em termos de objetivos (clareza e contexto de objetivos), metas e repercussões no âmbito institucional (resultados), iniciando a problematização em torno de potenciais “*indicadores*” de humanização. Para fazer essas abordagens sem risco de restrições apriorísticas ou aprisionamento em um método, cuidávamos para estar sempre reportados às categorias que se articulam no saber-fazer da PNH (em seu marco teórico-político), quais sejam: princípios-diretrizes-dispositivos-ferramentas. Todo esse movimento foi caracterizando a CTH, já em seus primeiros momentos, como espaço de aprendizagem-capacitação. Isso emergia, assim, como um dos objetivos específicos a fazerem parte da CTH, o de ser um espaço de educação permanente. E isso não veio *a priori*; só se deu a partir dos elementos e pautas concretas que se apresentaram naquele espaço.

Avançando nessa fase inicial, elaboramos quadros-síntese em que demarcamos o espectro de diretrizes e dispositivos da PNH e a quais deles estavam (ou não) associadas as atividades em andamento em cada instituição e, por outro lado, fundamentando como essas atividades poderiam ser melhor direcionadas ou redirecionadas ou potencializadas

à luz daquelas diretrizes e dispositivos. Esse quadro, visto em uma perspectiva dinâmica, aberta, potencial, apontava também para o que chamamos de “mapa de demandas”, ou seja, aquelas que estariam refletindo as necessidades e demandas dos serviços para aprimorar as ações existentes e deslançar novas frentes. E também já nesse momento começamos a falar em agenciamento de apoios e trocas entre experiências, movimentos essencialmente vinculados aos princípios centrais do Humanizatus, dentre eles, como vimos, o de constituição de *redes*, vislumbrando-se uma prática de co-produção de ações e co-gestão no âmbito da CTH⁸. Despontava aí outro âmbito de objetivo específico com esse dispositivo, o de propiciar e sustentar agenciamentos e interlocuções em torno de situações concretas e para disparar novas ações.

Os primeiros *produtos-processos* essenciais e profundamente gratificantes, levando em conta esses *movimentos* da CTH, foram as manifestações de vários de seus sujeitos-participantes, no sentido de se dizerem “agora mais esclarecidos”, compreendendo melhor que tipo de atividades “poderiam” ser efetivamente associadas à Humanização (dentre o amplo e muitas vezes vago cardápio de ações). Dizendo de outra forma, a riqueza desse processo-produto consistiu da compreensão mesma da *proposta* do Humanizatus, isto é, sua compreensão enquanto *política*, em todo o seu alcance, especialmente com um propósito central e ousado, de causar mudança no âmbito da *gestão*. Belo e fundamental produto de várias discussões, mas não por isso de conseqüências fáceis! Pois, no rastro dessa compreensão, emergiram também e com grande intensidade as primeiras manifestações realçando os fatores dificultadores da implementação dessa política nos locais de trabalho, expressando-se certa impotência ou fragilidade para “dar conta” de disparar mudanças no âmbito institucional, percebido como ambientes muito cristalizados em um fazer nem sempre “comprometido com os usuários”, “muito sofrimento” entre os trabalhadores, e “falta de apoio efetivo dos gestores”. Manifestavam assim certa fragilidade ou impotência mediante o tamanho do “projeto/objetivo” da PNH, momento de necessária habilidade e disponibilidade para exercitar e fomentar escuta cuidadosa e convite à problematização coletiva das situações e problemas expostos. Em meio a tudo isso, vieram os próximos belos *produtos-movimentos*, aqueles que denotavam tensionamento, inquietação e motivação, com a possibilidade de *mobilizar* e retomar ou disparar processos, mesmo em meio às adversidades comuns ao cotidiano dos serviços. Localizamos esse movimento-mobilidade como produto da CTH no sentido de tê-lo visto emergir a partir de um espaço-atitude que se firmava como espaço de acolhimento dos sujeitos que estavam em pleno momento de aproximação e em construção de relações de confiança; espaço que acolhia ao mesmo tempo manifestações ora mais centradas em “problemas”, ora apontando “saídas”, demonstrando a *possibilidade*; tudo permeado pela vivência de experiências concretas, exercitadas no dia-a-dia em suas instituições de origem. A CTH firmava-se como espaço e atitude de valorização do/no coletivo.

É necessário fazer aqui um parêntese importante: estamos tentando tecer uma análise do dispositivo CTH e sua potência – por dentro de seu próprio eixo, como em uma espiral. Então, é preciso que fique claro que várias situações/ações/projetos de Humanização estavam há muito sendo experimentados em alguns dos serviços, com todo o vigor (e é

⁸ **Campos, GWS.** Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva. Campos, GWS et al (orgs.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006. **Campos, GWS.** Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

exatamente isso que a PNH busca valorizar, o que está bem sucedido e que chamamos de “SUS que dá certo”). Ao recortarmos os produtos-processos que mencionamos anteriormente não queremos dizer que as boas experiências ou “descobertas” nasceram com a CTH. O que está aqui em análise não são as experiências; é a CTH como dispositivo. O que queremos demarcar é o seu potencial (desse dispositivo) de permear uma série de movimentos no coletivo, principalmente indo mais do que possibilitar a “socialização” de experiências exitosas, mas: deixando ver através delas a *possibilidade* do “fazer” e o “como” fazer (inclusive em contextos adversos); viabilizando a apropriação, na prática, de conceitos (e modos de operar) que às vezes ficam abstratos, como a transversalidade dos processos e rede de compromissos; e os movimentos de produção de subjetividades, de deslocamentos, de mudanças de posicionamento, de ir transformando o discurso da impossibilidade em discurso de real esperança. Ora, esses movimentos foram e são muito perceptíveis, servindo-nos de marcadores concretos do que habitualmente se nomeia como “motivação” e outros derivados como o que comumente se menciona ou se observa como “adesão” a um projeto, a uma idéia.

O movimento da CTH foi e tem-se dado como uma espiral, com várias voltas “progressivas”, possibilitando o resgate gradual e renovado (i) das experiências (e fatores nelas intervenientes), (ii) das implicações dos sujeitos com elas e (iii) dos rumos que se pode dar a elas.

Procurando respeitar e incentivar essa espiral, escapando, portanto, de uma busca forçada de linearidade, fomos buscando tratar o que estava sendo levantado à luz de instrumentos que direcionassem a discussão e as ações, ajudando a dar concretude a algumas propostas – nosso convite era que partíssemos das importantes reflexões teórico-políticas (com base nas situações reais) e elaborássemos coletivamente planos de ação, cada serviço dentro de sua realidade específica. E para não se cair em uma perspectiva tecnicista de planos operativos, quisemos direcionar, “induzir”, que uma primeira grande ação (“estratégica”) devesse ser a de buscar pautar a PNH/Humanização na cena institucional (em cada local de trabalho), traçando meios para provocar que o tema virasse pauta da gestão e dos gestores. Esse seria um momento importante para se avaliar o lugar político-institucional que a proposta da Humanização ocupava em cada Serviço/Hospital/Município. E esse movimento era necessário para se ter (mais) clareza sobre os apoios com os quais se contava para esse investimento, especialmente quanto ao seu “grau” de importância na agenda do gestor. Ao pautar como relevante essa discussão, queríamos não exatamente levantar ou reafirmar problemas ou fragilidades que os trabalhadores percebiam nessa esfera (em seus locais de trabalho), mas, sobretudo, disparar três outros movimentos: por um lado, possibilitar que os problemas e a pauta em si (muitas vezes concentrada apenas em alguns indivíduos) fossem encaminhados de forma sistemática, buscando-se manifestações e posicionamentos também sistemáticos dos diferentes atores com ela envolvidos, inclusive o gestor; por outro lado, ajudar a pensar sobre a possibilidade de se criarem estratégias gerais e específicas para se lidar com essas situações, isto é, estratégias para ganho e ampliação de apoios e aliados. E ainda por outro lado, as informações/diagnósticos desses momentos também serviam de base para as pautas que compúnhamos com os gestores dos hospitais, nesse caso em uma agenda política específica, de pactuações, envolvendo gestores ministeriais (Departamento de Gestão Hospitalar, Coordenação da Política de Humanização e gestores dos hospitais, por exemplo).

Simultaneamente e seguindo-se esses processos, foram sendo elaborados os planos de ação de cada serviço/município, envolvendo um série de momentos em que se discutiram prioridades e formas de implementação (e acompanhamento) de ações, momentos em que se procurou articular a discussão de “conteúdos” com formatos/instrumentos que pudessem ajudar na visibilidade dos processos e resultados esperados com as ações. Essas discussões foram feitas de forma exaustiva, envolvendo momentos de concentração (pautas das reuniões ordinárias) e de dispersão (com acompanhamento virtual intensivo). Esses momentos culminaram com a sistematização das prioridades de cada Serviço e com alguns eixos avaliativos, tudo a ser colocado em *validação* pelo coletivo de origem (em cada hospital).

Como foi uma fase de intensas discussões, mas permeada por instrumentos estruturados ou semi-estruturados de sistematização dos *processos*, cuidamos especialmente para enfatizar as diretrizes centrais com as quais estávamos operando (para não perder de vista pressupostos caros à PNH) e “demonstrando” que estávamos experimentando inclusive um jeito de planejar e avaliar. Demarcamos o seguinte fio condutor: (i) que a idéia de trabalhar na perspectiva da validação coletiva vinha no sentido de ampliação do processo de pactuação das ações levantadas como prioritárias, (ii) buscando deslanchar um processo de trabalho na perspectiva de uma gestão participativa, (iii) incluindo todo o tempo os diferentes atores, os diferentes olhares, (iv) significando radicalmente que a cada entrada de um outro ator/olhar, as ações em curso precisariam ser repactuadas, renegociadas e validadas, (v) refletindo sobre quais os novos elementos precisariam ser colocados em cena. Entender, então, o processo de planejamento e validação como o aumento do nosso grau de pactuação, pela capacidade de inclusão dos diferentes atores para que efetivamente as ações pudessem acontecer.

Chamamos a atenção para o fato de que a formatação de planilhas e indicadores não assegurava a implementação de ações se não se trouxessem os diferentes atores para o processo de construção. Então a perspectiva da validação vinha como um processo de co-gestão e contratualização¹, congregando as pessoas dentro de cada serviço, em torno de situações desejadas e de dados reais.

Em última análise, marcávamos uma perspectiva *formativa* norteando a elaboração daqueles planos e avaliações⁹ – como uma capacitação para pactuação. Reforçando essa perspectiva: a montagem de ações e estratégias não queria dizer necessariamente “garantia” da execução, porém desejava-se que fosse, sim, a qualificação da nossa discussão para o processo de pactuação, e que um *acompanhamento avaliativo* pudesse se instaurar como alimentador de processos e de visibilidade sobre nossos atos, movimentos, êxitos, falhas, rumos (e para correções de rumo).

Tomemos esses movimentos traduzindo-os dentro dos eixos de objetivos específicos que foram passando a compor o escopo da CTH. Ampliam-se assim os objetivos, como: o de levar à apropriação de instrumentos de planejamento e avaliação compreendendo-os em seu papel ampliado como meios de gestão, o que permite *alterar modos de*

⁹ Santos-Filho, SB. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos, 2006 (<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br> e www.saude.gov.br/humanizausus). Santos-Filho, SB. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Atenção e Gestão em Saúde – Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência, 2006 (www.saude.gov.br/humanizausus).

*trabalho e modos de gerir*¹; o de fomentar o aprofundamento permanente, coletivo, da “pauta de Humanização” de forma institucional, ajudando a retirá-la dos lugares mais periféricos em que às vezes se instituía (na forma de atividades genéricas ou mais pontuais, ou mais sistemáticas, porém descontextualizadas do âmbito da gestão) e colocá-la em lugar mais central, isto é, no centro da discussão dos modelos de atenção e de gestão. E a articulação e busca de sustentação de compromissos, envolvendo os diferentes atores (em momentos específicos envolvendo agendas políticas de negociação e pactuações entre os gestores institucionais, para apoio e potencialização das ações nos níveis locais).

Um dos movimentos que mais vem se expandindo e se fortalecendo na CTH é o da *articulação de apoios* entre os seus participantes, o que foi sendo viabilizado a partir do que mapeamos como “ofertas” e “demandas” de cada serviço. Através de instrumentos simples, elaborados de forma agregada aos planos de ação e de avaliação, foram selecionadas as experiências de humanização que os serviços consideravam bem sucedidas em seus locais de trabalho, passando a ser consideradas como “ofertas” disponibilizadas para os serviços interessados; e em outro bloco foram levantadas as “demandas”, significando ações/dispositivos que cada serviço estabelecia como prioridade para implementar. Com essas informações encontra-se desencadeado um processo de interlocução entre serviços, estabelecendo apoios entre si, complementados, suplementados e/ou mediados pelos coordenadores da CTH.

O eixo de objetivo que emergiu dessa experiência foi o de propiciar agenciamento entre experiências/sujeitos, cujos produtos concretos remetem à ampliação dos arranjos e articulações que (i) têm possibilitado apropriação de estratégias e tecnologias para implementar ações; (ii) têm resultado em ampliação das ações; (iii) têm ampliado a capacidade de fazer arranjos, pontes. Foram assim se estabelecendo trocas laterais, criando uma rede de apoio, não pressupondo apenas o apoio dos consultores da PNH. Além de atender ao objetivo da constituição efetiva de redes, esse movimento também otimiza e potencializa as agendas, ampliando também a perspectiva de formação/capacitação no próprio ato de interação. E o estabelecimento dessas trocas significa ainda criar coletivamente as condições de viabilidade para as ações.

Excluído:

Um movimento importante nascido nessa espiral da CTH é o que nomeamos como “Projeto Memória da Humanização (HumanizaRio)¹⁰”, movimento que recupera um caro pressuposto da PNH, que é o de buscar dar visibilidade ao “SUS que dá certo”. Esse projeto representa exatamente a construção da memória das ações de humanização deslanchadas nos serviços. E traz em si o objetivo não somente de dar visibilidade a esse “SUS exitoso”, mas de *inventar* coletivamente o jeito de mostrá-lo, revelá-lo, inventando registros múltiplos da pluralidade das iniciativas existentes.

Essa valorização das “ações” e do “jeito de fazer”, de se chegar a elas (ações), é a tônica da Política de Humanização e tem sido a tônica da CTH, daí o mérito de sua experimentação enquanto dispositivo que opera desse modo, fazendo confluir na prática esses *objetivos*, esses *movimentos*. É nesse sentido que usamos e abusamos do termo movimento, que pode aqui ser recuperado e canalizado em diferentes eixos e sentidos complementares, significando desde os amplos processos gerados com e na CTH, em diferentes direções, até aqueles de caráter mais específico, representando ações disparadas/implantadas – sempre numa perspectiva de fortalecimento dos sujeitos

¹⁰ Projeto coordenado por Annibal Amorim, membro da equipe do HumanizaRio.

participantes (trabalhadores) em sua capacidade de análise de situações, de proposições, de articulações e de implementação de ações.⁽¹⁾

Canalizando também os sentidos que agregamos à idéia de processo, *em sua vitalidade*, podemos compreender a CTH como processo-espaco, com o resgate da idéia de espaço que valorizamos na Humanização¹¹ – espaços sociais de trabalho como potenciais promotores de saúde (em uma visão ampliada) e produção de sujeitos. Valemo-nos então da perspectiva cartográfica, vendo o espaço como “*desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem... que acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos e a formação de outros*”.¹²

Se pensarmos a CTH em uma avaliação de “eficácia de grupo/rede”, podemos observar o alcance dos vários objetivos contemplados em seu escopo. E foi sobre isso que procuramos discurrir até aqui. Para dar um desfecho sintetizando alguns eixos de alcance, mesmo correndo o risco de reduzir o seu espectro de produtos, listamos de seguida algumas situações que podem ser ilustrativas das metas alcançadas com a CTH.

A CTH constitui-se como um dispositivo contribuindo com os serviços/ações de saúde e com o crescimento e protagonismo dos sujeitos, na medida em que possibilita:

- Aumento da capacidade individual e coletiva de redirecionamento das discussões, avançando do foco de problemas para o foco de proposições;
- Aumento da capacidade de mobilização de parceiros, trabalhadores e gestores, em cada local de trabalho (algo como um coeficiente de penetração da PNH nos espaços de trabalho);
- Aumento da capacidade de pactuações internas (em cada local de trabalho) e em rede ampliada (entre hospitais, intra-sistema de saúde em sua organização regional);
- Aumento da capacidade de fazer arranjos, articulações, planejamento e realização de ações integradas, partindo das experiências particulares (de cada um, de cada serviço);
- Aprimoramento da capacidade de elaboração de planos de ações de humanização, inclusive contemplando eixos avaliativos, pautados na perspectiva central de contratualizações/pactuações (com validações nos coletivos locais);
- Viabilização de intercâmbios, com troca de experiências e planejamento de apoios mútuos, a partir de ofertas e demandas específicas dos serviços/sujeitos participantes;
- Aprimoramento da apropriação de conceitos, métodos e dispositivos da PNH (consequentemente imprimindo maior consistência e direcionalidade às ações);
- Aumento da capacidade de atuar como multiplicadores, “falando e respondendo em nome da Humanização” (seja em situações mais abertas ou formais, ministrando cursos e oficinas de humanização em diferentes locais e diferentes públicos), independentemente de uma representação oficial;

¹¹ Ver, dentre outros, o capítulo 2 da parte 2 deste livro, além das referências relacionadas à Política Nacional de Humanização – www.saude.gov.br/humanizausus.

¹² **Rolnik S.** Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS; 2006.

- Viabilização da participação em diferentes tipos de eventos direta ou indiretamente relacionados à Humanização, sempre com um caráter formativo, crescendo na capacidade de apoio;
- Constituição de uma equipe de “referência”, apta a atuar como apoiadores institucionais no âmbito da Política Nacional de Humanização;
- Aumento da capacidade de articulação com áreas e políticas estratégicas desenvolvidas no âmbito hospitalar, cada vez mais buscando “atravessar” essas áreas e políticas;
- Aumento da capacidade de instituir a proposta da Humanização na pauta central da gestão hospitalar (em cada local de trabalho) e municipal;
- Aumento da capacidade de implementar as ações e dispositivos da PNH no âmbito hospitalar e nos demais serviços;
- Aumento da capacidade de articular intersetorialmente, a partir de projetos ampliados;
- Aprimoramento da capacidade de elaborar projetos ampliados, que reflitam necessidades e produções do campo da Humanização (exemplo do Projeto Memória);
- Aumento da capacidade de registros que reflitam a pluralidade das ações de humanização;
- Exercício coletivo de análises e consolidação de informações sobre os dispositivos implementados, gerando diferentes tipos de produtos, incluindo material para publicação/divulgação (veiculação do conhecimento);
- Aumento da capacidade de identificar fatores facilitadores e dificultadores no planejamento e implementação de ações/dispositivos (no “como fazer”);
- Aumento da capacidade de contribuir para a consolidação da PNH, produzindo e disseminando informações e práticas em diferentes espaços públicos de saúde;
- Aumento da capacidade de oportunizar e sustentar o diálogo da PNH com outras políticas do SUS;
- Ampliação da visibilidade dos dispositivos e ações desencadeadas, tanto no âmbito local (para dentro do serviço) como externo;
- Ampliação da visibilidade dos elementos (“indicadores”) que apontam as repercussões, êxitos, problemas e potencialidades a serem exploradas e aprimoradas com os dispositivos da PNH (embrião do que seria um dimensionamento da capacidade das ações/dispositivos implementados mudarem a realidade);
- Espaço para o surgimento ou renovação de questões pertinentes ao campo da atenção e gestão em saúde, possibilitando atualizar debates sobre saberes, poderes, conflitos, subjetividades, etc.

Alguns processos-produtos relacionados à articulação de agendas político-institucionais:

- Articulação da *Agenda* da Humanização às *Agendas* político-institucionais dos órgãos ministeriais a que a CTH está vinculada direta ou indiretamente (agenda de pactuações, planejamentos integrados, acompanhamentos);
- Articulação do Apoio Institucional (no campo da Humanização no Rio de Janeiro), funcionando como fonte disparadora de ações, fonte de informações e fonte de busca de apoio, pelos diferentes atores e serviços (vinculados ou não à CTH);

- Articulação de pessoas com interesses específicos (trabalhadores, estudantes, pesquisadores) e serviços do Rio de Janeiro e de outros locais do país, que se apresentam com interesse na área da Humanização/PNH.

Trabalhando neste livro o tema da “valorização” dos trabalhadores¹³, se quiséssemos dar um destaque muito simples, mas também muito especial ao dispositivo CTH, demarcaríamos esse dispositivo em sua função de *espaço de encontro e de voz dos trabalhadores*, o que certamente atende a uma necessidade que tem sido freqüente na sua fala, que é o que colocam como necessidade de “*paradas*” (na verdade, *movimentos*) para trocar idéias, conhecer e compartilhar o trabalho do outro, planejar e pensar o trabalho.

Em última análise, a CTH tem se sedimentado como um espaço-terreno que alimenta e sustenta a constituição de uma *rede solidária* (âmbitos da cooperação, comunicação, grupalidade), envolvendo atores que passam a comprometer-se cada vez mais com a política de humanização – *com a alteração dos modos de fazer e se relacionar em saúde*. Talvez pela singularidade com que se foi estimulando esse compromisso, como exercício de co-participação, co-responsabilização com o próprio fortalecimento do dispositivo, a CTH tem sido um movimento crescente, tanto em termos de presença quanto de participação ativa (contrariando, como dissemos, a tendência muito comum de alguns fóruns irem se esvaziando, se esfriando!).

Mesmo que os processos da CTH sejam difíceis de serem apreendidos a partir de medidas/indicadores tradicionais, podem, porém serem revelados em outros tipos de padrões. Evidentemente a riqueza de alguns processos é impossível de ser materializada, mas essa é uma limitação do campo avaliativo em geral. Pretendendo “inventar” um olhar avaliativo crítico e ampliado na CTH, quanto mais se é criativo, sensível e comprometido com uma escuta e olhar qualificados, mais situações, “indicadores”, podem ser criados e sistematizados, emergindo desses movimentos-processos.

Apesar das limitações próprias das ferramentas avaliativas, finalizamos esse texto recuperando uma fala que foi muito comum no início da implantação da CTH, fala que revelava a “*preocupação em implantar e fazer coisas que fiquem*” e que foi contextualizada como um cuidado especial mediante a freqüência com que as “coisas” têm sido interrompidas no âmbito dos serviços públicos. Trazemos essa fala para marcar a importância de um olhar avaliativo sobre os projetos que vamos deslançando (políticas públicas, afinal), agregando métodos para sua avaliação continuada, participativa, o que os deixa menos vulneráveis às instabilidades que são comuns nos serviços de saúde – avaliação que permita o acompanhamento dos rumos, repercussões e visibilidade dos projetos, criando-se condições para continuidade e sobrevivência das ações.

¹³ Tema especialmente tratado de forma analítica no capítulo 3 da parte 2 deste livro.

ANEXO

A AGENDA DE IMPLEMENTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS A PARTIR DA CTH

A partir das discussões abertas no âmbito da CTH, foram disparados planos de ações locais, que foram tomando os rumos próprios segundo cada realidade. Aqui fazemos um agrupamento, de outro modo, dos *processos* e *produtos* que foram desencadeados, refletindo em maior ou menor grau os investimentos e situação atual de cada um dos serviços envolvidos. Tais investimentos-processos-produtos são o eixo-base para que, gradualmente, sejam alcançados os resultados finalísticos de reorganização/melhoria da atenção e da gestão hospitalar.

Âmbito de movimentos para pactuações institucionais:

- Reunião com Gestores, com Conselhos Gestores e/ou Colegiados de Gestão, e com representantes dos trabalhadores, para apresentação das diretrizes do Humanizadas, discutindo os apoios político-operacionais para sua implementação na Instituição

Estratégias de formação, planejamento e acompanhamento avaliativo das ações, aumentando a capacidade das equipes para realizar intervenções (implementação do dispositivo)

- Reuniões de sensibilização e formação realizadas com trabalhadores dos diferentes setores
- Diagnósticos situacionais elaborados de forma coletiva para conhecimento da realidade e levantamento de prioridades
- Planos de ação elaborados para implementação dos dispositivos
- Constituição de grupos de trabalho com apoio da gestão/direção para desenvolvimento da agenda relacionada à Humanização
- Grupos interdisciplinares de trabalho constituídos com agenda de reuniões e pautas relacionadas à Humanização (discussão dos dispositivos, construção de material educativo, reorganização da atenção, etc)
- Agenda de rodas de discussões com temas variados, abertas a todos os trabalhadores
- Implementação e/ou reorganização do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com fortalecimento da capacidade de condução das ações de Humanização

Eventos institucionais para lançamento, divulgação, planejamento, avaliação das ações

- Seminários institucionais sobre a Política de Humanização (seminários organizados localmente ou no âmbito de redes ampliadas)
- Seminários específicos sobre os dispositivos, especialmente na área de Saúde e Trabalho, e Acolhimento
- Agenda de participação em eventos diversos, relacionados à Humanização

Estratégias de divulgação e ampliação de parcerias

- Parcerias com instituições de ensino e outras para viabilização de programas de educação permanente e outras atividades
- Eventos realizados envolvendo ONGS e outros parceiros
- Implementação e/ ou incremento dos programas de voluntariados
- Ampliação de espaço institucional para relacionamento e atuação das ONGS e voluntariado

Âmbito de reorganização do modelo de gestão institucional, seguindo-se os princípios de gestão participativa

- Transformação do organograma institucional, com implementação de estrutura mais horizontalizada de gestão, através das “unidades de produção”
- Implementação de colegiados gestores
- Planos diretores de gestão elaborados, contemplando a política de humanização

Âmbito de reorganização dos processos de trabalho, seguindo-se as diretrizes, critérios, rotinas, fluxos, etc, previstos nos dispositivos

- Agenda de oficinas para implementar os dispositivos, com enfoque em suas diretrizes operacionais e definição de critérios, fluxos, rotinas e instrumentos norteadores do seu funcionamento (em especial o Acolhimento, Visita Aberta e área de Saúde e Trabalho)
- Oficinas regulares de acompanhamento avaliativo do andamento das ações previstas nos planos e implementação dos dispositivos
- Protocolos clínicos e organizacionais elaborados e implementados
- Estratégias e instrumentos implementados para gestão de leitos
- Estratégias e instrumentos implementados para referência e contra-referência de pacientes
- Informatização de processos de trabalho (articulados aos objetivos dos dispositivos)

Produção e veiculação de materiais informativos

- Cartilhas, manuais e similares elaborados e reproduzidos com orientações relacionadas ao funcionamento dos serviços
- Cartilhas, manuais e similares elaborados e reproduzidos com orientações sobre direitos dos usuários
- Relatórios produzidos com diretrizes operacionais resultantes das oficinas de trabalho

Sistemas de Escuta e de avaliação de satisfação

- Ouvidorias implementadas para escuta dos usuários
- Caixas de sugestões e equivalentes implementadas
- Instrumentos elaborados para testes de avaliação de satisfação (de usuários, familiares e trabalhadores)
- Avaliações preliminares de satisfação

Adequação, transformação de espaços de trabalho (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos)

- Reformas de áreas físicas
- Sinalização dos ambientes, seguindo fluxos previstos nos projetos de acolhimento
- Padronização de crachás ou placas de identificação nominal dos leitos dos usuários

Adequação, criação de espaços de acolhimento e conforto para usuários e acompanhantes (seguindo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos)

- Adequação de espaços para conforto dos acompanhantes
- Aquisição e adaptação de mobiliário para recebimento dos acompanhantes
- Climatização de ambientes
- Instalação de televisores em locais estratégicos
- Criação de Capela Mortuária
- Criação de salas de silêncio, de acolhimento de enlutados
- Criação de salas de lazer para acompanhantes, visitantes e pacientes
- Criação de Brinquedoteca
- Criação de salas de recreação para crianças
- Adaptações de espaços considerando perfis específicos de usuários (crianças, idosos, deficientes)
- Disponibilização de armários nas enfermarias

Ações do âmbito da saúde dos trabalhadores

- Sistemas implementados para avaliações de desempenho
- Programas voltados para ações assistenciais aos trabalhadores, contemplando desde organização de serviços mais gerais até ações mais específicas (exames regulares, imunização, campanhas sobre problemas prevalentes, acompanhamento e readaptações profissionais, ações de educação em saúde, cursos com enfoque em segurança e saúde, e outros temas)
- Criação de grupos de apoio aos trabalhadores, abrangendo diferentes tipos de demandas
- Programas de educação permanente, contemplando o levantamento periódico de necessidades de capacitação, ações sistemáticas de “educação continuada” para algumas categorias profissionais, cursos e atividades mais amplas destinadas aos trabalhadores em geral
- Programas de formação/complementação de escolaridade de trabalhadores de nível elementar e cursos de especialização para aperfeiçoamento
- Grupos organizados de trabalhadores, com o papel de realizar análises dos processos de trabalho e levantar coletivamente propostas de intervenção (grupos instituídos como “comunidades ampliadas de pesquisa”, a partir do “Programa de Formação em Saúde e Trabalho”)
- Realização de avaliações ambientais direcionadas
- Relatórios elaborados pelos trabalhadores com propostas de intervenção a serem negociadas com gestores para melhoria dos processos e ambientes de trabalho
- Agenda acordada para reuniões entre trabalhadores e gestores para apresentação e discussão de propostas
- Ouvidorias e outros sistemas implementadas para escuta dos trabalhadores (exemplo de fóruns intranet), agregados a mecanismos de discussão de melhorias e mediação de conflitos e outras questões.
- Constituição de instâncias colegiadas de gestão
- Instrumentos elaborados para avaliação de satisfação de trabalhadores
- Adequação dos espaços físicos de circulação e atendimento
- Espaços de Convivência organizados/implementados
- Realização de atividades para integração entre trabalhadores efetivos e recém-admitidos
- Atividades de lazer, ciência e cultura, em geral, desenvolvidas em horários de trabalho e abertas aos trabalhadores, possibilitando aos trabalhadores também organizarem ações com base em suas habilidades específicas.
- Ações de ginástica laboral/relaxamento e outras similares, incluídas em programas do tipo “cuidando de quem cuida”
- Implantação e/ou incremento de bibliotecas nos espaços de trabalho