

## UM OLHAR SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NOS MARCOS TEÓRICO-POLÍTICOS DA SAÚDE DO TRABALHADOR E DO HUMANIZASUS

Serafim Barbosa Santos-Filho

### 1 Em foco o trabalho em saúde: cenário atual e alguns pontos de partida

O *trabalho em saúde* atualmente tem sido ressaltado como objeto de atenção devido a sua crescente precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho, e repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Dentre os problemas com ampla visibilidade atual no “mundo do trabalho” em saúde, merecem ser citados a degeneração dos vínculos considerando-se inclusive a negação ou omissão quanto a direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições de trabalho; e as dificuldades do âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda tradicional.

Interessa-nos destacar aqui alguns problemas na dimensão micro do processo de trabalho, no cotidiano das equipes de saúde, chamando a atenção não somente para as situações-problemas aí presentes, mas também para o que iremos apontar como possibilidades de intervenções em torno de tais situações. É preciso considerar que se as mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e prestação de serviços, por outro lado, trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente a forma de interação com seus pares e com usuários. Significam (e acarretam), portanto, necessidade de adequações dos processos e condições de trabalho, e sobretudo aporte de novos conhecimentos, habilidades e métodos de atuação em equipe, configurando-se como grandes desafios ao âmbito da *gestão*, no sentido dos processos e relações cotidianas.

Apesar dos novos modelos de atenção e de gestão estarem propondo (e “exigindo”) cada vez mais a participação ativa dos trabalhadores, muitas vezes inviabilizam ou limitam, na prática, o exercício efetivo dessa condição de sujeitos do processo de trabalho. Isso pode ser observado no dia-a-dia das unidades de saúde. Observa-se, por exemplo, o pouco conhecimento e pouca governabilidade das equipes em relação à definição das metas e indicadores (locais) que norteiam o seu próprio trabalho (pouca governabilidade, seja em decorrência da falta de autonomia para essas definições, seja pela insuficiência de mecanismos participativos de avaliação, planejamento e decisão no nível local). Ainda parece prevalecerem métodos tradicionais de planejamento, de condução do trabalho e tomadas de decisão, mesmo com certa expansão da idéia de equipes colegiadas e colegiados gestores, por exemplo. Temos observado que, apesar dos reconhecidos esforços institucionais fomentando esses espaços participativos, a longa história de gestões tradicionais limita os avanços com relação ao funcionamento efetivo dos colegiados como instâncias de discussão e negociação dos projetos/ações nos níveis locais. Observa-se muitas vezes a sua estruturação (dos colegiados) apenas de forma administrativo-burocrática, não correspondendo ao que se espera de tais dispositivos como espaços de constituição de sujeitos co-responsáveis pela condução do trabalho, compartilhando o fazer. Uma prática discursiva em toda a sua potencialidade

(capaz de produzir/fomentar autonomia) ainda é incipiente no cotidiano dos serviços, e tanto as ações (focos, prioridades, escolhas) quanto os conflitos institucionais, são pouco problematizados e direcionados no espaço do coletivo.

Alargando ainda um pouco mais o campo desses problemas, pontuamos a limitação da concepção de “rede” que se tem deslanchado no âmbito dos sistemas locais de saúde, freqüentemente se avançando em uma perspectiva (necessária) da “regulação” dos serviços, mas deixando a desejar em termos de uma articulação que propicie a participação ativa de todos os atores e instâncias que compõem o sistema. Atualmente é possível observar uma certa prescrição de regras e fluxos minuciosamente estabelecidos enquanto normas, e superficialmente tratados enquanto pactos, negociações, meios de viabilização, acompanhamento, e uma vigilância compartilhada para adaptações, correções de rumo e “saídas coletivas”. E isso tem causado transtornos e desgaste para os trabalhadores, inclusive porque na maior parte das vezes há problemas no funcionamento e eficiência desses fluxos regulados de modo apenas externo, sendo que as “cobranças” (da população e dos pares) recaem direta e primeiramente sobre tais trabalhadores “da ponta”, que vivenciam o problema quase sempre de modo isolado, nos moldes de uma impotência individual.

Em dimensões mais amplas, a própria instabilidade e adversidades habituais no trabalho no setor público, relacionadas a diferentes aspectos – infra-estrutura, salários, vínculos, direitos, burocracia excessiva, subvalorização pelo governo e população –, mobilizam (em diferentes rumos e sentidos) e desestabilizam os investimentos e interesses (profissionais, subjetivos, afetivos) dos trabalhadores, incessantemente provocando e desafiando, resultando em diferentes tipos de atitudes: de negação, recuo, resistência, superação, improvisação, etc, mesclando-se perspectivas e saídas “criativas”, “inventivas”, e também desgastantes, geradoras de sofrimento.

Atualmente, com a expansão do Programa de Saúde da Família, sobretudo com as particularidades próprias ao seu funcionamento em grandes cidades, crescem cada vez mais as insatisfações e reivindicações das equipes. No que se tem compreendido como “precarização”, o Ministério da Saúde apresentou estudo mostrando até 80% de situações em que os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, em decorrência de flexibilização nas relações trabalhistas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A precariedade abrange, portanto, desde aspectos da (não) formalização de vínculos e garantia de direitos, até situações mais complexas envolvendo as relações e condições de trabalho, gerando conflitos de diferentes ordens.

Muitas dessas situações, coexistindo com os conflitos gerados na relação com a população (decorrentes de problemas diversos), às vezes contribuem para resultar em certos “vetores” de problemas cuja gravidade repercute para todos os atores envolvidos na produção de saúde. Certamente um dos graves problemas atualmente ressaltados na fala dos trabalhadores são as situações de violência a que têm sido expostos, incluindo-se um amplo leque de “ocorrências” que consideram violentas, desde situações de “desrespeito” por parte de colegas e chefias, até os diversos tipos de agressões por parte da população.

E é nessas esferas da gestão e organização do trabalho que se encontram vários determinantes do processo de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. Além de estudos que vêm sendo feitos há várias décadas sobre distúrbios musculoesqueléticos de

origem ocupacional, problemas como a Síndrome de Burnout e outros (MASLACH & JACKSON, 1981; SANTOS-FILHO & BARRETO, 1998; SANTOS-FILHO & BARRETO, 2001; ALBALADEJO *ET AL*, 2004; TAKEDA *ET AL*, 2005; CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION, 2005), no Brasil publicações recentes têm focado essas associações, cada vez mais relevantes no setor saúde (ARAÚJO *et al*, 2003a; ARAÚJO *et al*, 2003b; BRANT & DIAS, 2004; BRANT & GÓMEZ, 2004; GUEDES *et al*, 2005; PIZZOLI, 2005; BRANT & GÓMEZ, 2005; SATO & BERNARDO, 2005).

Considerando esse cenário, vamos procurar convergir marcos referenciais da *Saúde do Trabalhador* e do *Humanizausus*, enquanto campos teórico-políticos, propondo *eixos* de análises e intervenções no campo do *trabalho em saúde*. Um primeiro referencial que se quer incorporar na discussão aqui proposta: afirmar que as inovações desejadas no trabalho em saúde devem estar vislumbradas no que se defende como finalidade das instituições em prestar serviços com eficácia e impacto, mas também a produção de sujeitos, possibilitando seu crescimento, com realização e satisfação no trabalho, autonomia e protagonismo (CAMPOS, 1997; CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2006). Almeja-se essencialmente o fortalecimento de vínculos, a co-participação e co-responsabilização entre gestores, trabalhadores e população, promovendo saúde e ambientes saudáveis de trabalho; tecendo *redes* no sentido de participação ativa e criativa de sujeitos, saberes e instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Partindo desse referencial mais amplo, propõem-se alguns (re)arranjos conceituais e operacionais (*eixos*), nos quais os trabalhadores possam ser acolhidos/abordados e incorporados, estando potencializada sua condição de sujeitos e participantes ativos da análise e intervenção em seus espaços de trabalho – partir da confluência e renovação de conceitos, métodos e dispositivos da *Saúde do Trabalhador* e *Humanizausus*, ampliando suas possibilidades de alcance e eficácia quando implementados nos micro-espços do trabalho em saúde.

## **2 Marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humanizausus**

A *Saúde do Trabalhador*, compreendida no campo da Saúde Coletiva, vem superar outros marcos tradicionais de se conceber e intervir no processo de adoecimento dos trabalhadores, superando especialmente as restritas concepções médico-biologicistas e higienistas que caracterizam a *Medicina do Trabalho* e a *Saúde Ocupacional* (MENDES & DIAS, 1991). Enquadra-se (a *Saúde do Trabalhador*) na corrente de compreensão de uma determinação social do processo saúde-doença (para além de uma perspectiva de “fatores de risco” e de “doença ocupacional”), recortando-se os processos de produção e processo de trabalho como suas categorias analisadoras. Avança-se, então, no sentido de contemplar aspectos mais amplos da organização do trabalho, incorporando as suas dimensões técnicas e econômico-sociais (compreendendo a inserção diferenciada dos trabalhadores nos processos de produção), e propondo eixos de intervenção que se situam para além da neutralização ou eliminação, isolada, de riscos dos ambientes de trabalho, superando também o foco de ação em uma ótica apenas biológico-individual. E, na perspectiva de uma ação transformadora, busca incorporar a voz e o saber dos próprios trabalhadores nos processos de análise e de intervenção/melhorias de seus ambientes (ODDONE, 1986; GARCÍA, 1989; LAURELL, 1990; FACCHINI *ET AL*, 1991; FACCHINI, 1994).

Dentre os conceitos com os quais a *Saúde do Trabalhador* opera, destacam-se: a noção de *desgaste* e *cargas* de trabalho, demarcando a perspectiva interativa entre o homem e os diferentes elementos presentes nos processos/ambientes de trabalho, levando a modos específicos de reação, adaptações, desgaste, ampliando a idéia de risco e de doença (LAURELL, 1989); o conceito de *sofrimento* (incluindo “sentimento de desprazer e tensão”) e *estratégias de defesa*, definidas como as reações dos trabalhadores para enfrentamento, proteção (e também adaptação), das situações que se lhes apresentam como “riscos” (e sofrimento) em seu trabalho;<sup>24,25,26</sup> a categoria *organização do trabalho*, compreendendo o âmbito das relações – hierarquias, estruturas de mando, qualidade da interação com chefias e com os próprios pares –, e aspectos da gestão do cotidiano de trabalho – ritmo, jornadas, pausas, etc (DEJOURS, 1988; DEJOURS ET AL, 1994).

Em um novo modo de entender a saúde, Pichon-Rivière (1998) compreende que o sujeito é sadio na medida em que “apreende a realidade numa perspectiva integradora, e em que tem capacidade para transformá-la, modificando-se por sua vez ele próprio. É sadio na medida em que mantém um interjogo dialético no meio, e não uma relação passiva, rígida e estereotipada”.

A *Política Nacional de Humanização/PNH* parte de conceitos e *dispositivos* que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações em duas vertentes interligadas: (i) nas formas de produzir e prestar serviços à população (eixo da atenção) e; (ii) nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços (eixo da gestão). Defende-se a idéia de indissociabilidade entre atenção e gestão, o que aponta para a valorização e crescimento dos trabalhadores no momento mesmo em que interagem com seus pares e sua clientela (população), resultando em um aprendizado mútuo e contínuo. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias participativas de decisão (colegiados) e de horizontalização das “linhas de mando”, valorizando o trabalho em equipe, a “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com coresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, reforça princípios centrais do SUS, de acessibilidade e integralidade, avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor acolher e lidar com as necessidades dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b; SANTOS-FILHO, 2006a).

Dentre os princípios e conceitos mais centrais com os quais o *Humanizausus* trabalha, ressaltam-se as noções de “transversalidade”, “rede” e “grupalidade”. Como política transversal propõe “ações construídas intersticial e coletivamente nas diversas práticas e instâncias”, aumentando o coeficiente de comunicação entre as instâncias/pessoas. A concepção de rede na qual se baseia é caracterizada pela “participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, articulando a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, BENEVIDES & PASSOS, 2005).”

Os valores que norteiam a PNH são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

“A força da PNH vem, então, apontar para o compromisso com a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais, entre estes e os usuários, na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na polis, na relação entre os homens, que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se constrói” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d).

### **3 Criando e renovando dispositivos: ampliando e potencializando as diretrizes e estratégias de intervenção**

O *Humanizatus* tem como um dos seus principais focos o que se nomeia como “trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização do trabalho em saúde”, foco que se abre para pensar o cuidado aos trabalhadores da saúde. Por essa via é que se pretende, a seguir, recortar alguns *instrumentos* advindos da *Saúde do Trabalhador* e do que chamamos *dispositivos de Humanização*, buscando identificar correspondências e pontos de convergência, destacando categorias que podem ser abrigadas e potencializadas à luz da *Humanização*. Compreende-se como *dispositivo* as tecnologias e modos de operar (atualizando as diretrizes de uma política), “postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e objetivando a promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão”; estratégias e modos de fazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006c, 2006d).

Está-se partindo de alguns conceitos-chave que permeiam as áreas de *Saúde do Trabalhador e Humanização*, enquanto campos de práticas em saúde. O paralelo ou alinhamento que se busca entre conceitos operacionais tem a finalidade de ampliar o potencial das ferramentas da *Saúde do Trabalhador* (à luz da *Humanização*), ajustadas à realidade do *trabalho em saúde*, em especial no setor público. Nesse sentido, propõem-se *arranjos*, aqui nomeados como *eixos* (de concepção e intervenção), que sejam mais potentes em seu alcance e eficácia.

Um referencial-base para sustentar os *eixos* propostos agrega os seguintes marcos político-conceituais: o de valorização do *trabalho* como atividade humana e atravessado por desejos e capacidade de criação/reinvenção dos processos, atividades, produtos, de si mesmo e das próprias relações que os permeiam (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ, 2004; FIGUEIREDO *et al*, 2004); e a compreensão da *saúde* como capacidade de inventar normas e regras de/para enfrentamento da realidade, transformando-a e se transformando a si próprio (CANGUILHEM, 1978; PICHON-RIVIERE, 1998). E, embutido nessa compreensão, trabalho como espaço de prazer e criação (perspectiva estética), e também de sofrimento e desgaste. E no qual o trabalhador necessariamente se insere de modo ativo, de alguma forma recriando e gerindo seu fazer, tendo potência, portanto, para transformar o próprio trabalho e sua condição de saúde.

#### **Eixo 1 – Apontando para uma concepção ampliada de espaço de trabalho: Cargas de Trabalho e Mapeamentos de Riscos no enfoque da *Ambiência***

Por dentro do *Humanizatus*, o conceito de *ambiência* está remetido a um novo modo de se conceberem os espaços de trabalho, que devem ser compreendidos e organizados

com a finalidade de *serem acolhedores* tanto para os usuários dos serviços quanto para seus trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006e). Devem propiciar conforto, aconchego e ao mesmo tempo estímulo para que usuários e trabalhadores estejam efetivamente se integrando, explorando e transformando cotidianamente os espaços por onde circulam – permitindo e criando interações efetivas, afetivas, vínculos; espaços estreitamente atrelados à idéia de recuperação e promoção de convívio, de saúde, numa concepção ampliada de espaço saudável. A finalidade maior embutida nessa concepção de *ambiência* é a de propiciar integração dos trabalhadores (e usuários) com seu *espaço social* de trabalho.

Julgamos pertinente alinhar o conceito de *ambiência* à proposta dos *mapas de risco*, instrumento do campo da Saúde do Trabalhador, tendo como base mais original os princípios do Modelo Operário Italiano (MOI) ou modelo sindical (LAURELL, 1990; FACCHINI *et al*, 1991; LIMA & OLIVEIRA, 1993; FACCHINI, 1994). Tendo como base esse Modelo, o *mapa de risco* é uma estratégia/ferramenta que possibilita a “reunião” de trabalhadores (assessorados por técnicos) para levantar os “riscos” presentes nos ambientes de trabalho, categorizando e graduando tais riscos, bem como levantando suas repercussões e meios de prevenção/proteção. É um instrumento previsto em lei, a ser elaborado e formatado de modo a que os trabalhadores se sintam e se vejam nos seus símbolos, devendo ocupar local estratégico para servir como guia para os trabalhadores.

É também importante associar aqui o conceito de *cargas de trabalho*, largamente utilizado na Saúde do Trabalhador (LAURELL & NORIEGA, 1989), na perspectiva de interação entre os diferentes elementos do espaço de trabalho e trabalhadores (e reações que resultam dessa interação).

O *eixo* que se quer delinear a partir desses referenciais centra-se em uma concepção ampliada de espaço de trabalho – espaço físico e de relações, cenário ao mesmo tempo de vivências subjetivas, sociais, de criatividade, de riscos, tudo isso no âmbito de uma relação concreta: gestor-trabalhador-usuário –, apontando para estratégias também ampliadas de intervenção nesse espaço. Propõe-se, então, que os trabalhadores se organizem nos serviços de saúde para discutir e (re)construir seus espaços sociais de trabalho, partindo de concepções ampliadas do ambiente de trabalho. Nesse contexto, proceder não somente ao mapeamento de riscos em sentido restrito, mas a um processo permanente de problematização e adequação dos ambientes/espaços, considerando o saneamento, a segurança, o conforto, e também o estímulo à construção permanente de vínculos, interações, convívios, mobilizando-se coletivamente para que sejam locais/espaços que estimulem criações, invenções. Vale ressaltar o quanto essa perspectiva interativa se complexifica (mas também se potencializa), quando se dá a devida importância à concepção do espaço da saúde na ótica de três atores-chave – trabalhadores, usuários e gestores –, cujos interesses, necessidades e demandas ora se aproximam ora se distanciam. Recorremos à noção de espaço trazida por Santos (2004) para reafirmar a importância do equilíbrio desejado na relação entre esses atores: compreender e construir os serviços de saúde como “espaços que se transformam (devem se transformar) para atender as necessidades sociais” dos diferentes sujeitos. Ou compreender o espaço na perspectiva cartográfica, como “desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem... acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos e a formação de outros” (ROLNIK, 2006).

Concebido dessa forma, deseja-se que o espaço em saúde seja agregador de seus diferentes atores para a realização de avaliações, participativas, dos riscos e potencialidades do trabalho, apontando coletivamente estratégias de intervenção.

## **Eixo 2 – Ampliando a participação e co-responsabilização dos trabalhadores: enfoque da *co-gestão* e outras diretrizes da Humanização para as instâncias/comissões que lidam com saúde e segurança no trabalho**

A concepção de espaço a que nos referimos vai ajudar também na proposta de se ampliar a participação dos trabalhadores no âmbito da gestão do trabalho.

Os dispositivos de *co-gestão* ou *instâncias colegiadas de gestão* destacam-se entre os dispositivos mais caros à Política de Humanização, entendendo-os como mecanismos para promover a gestão participativa, no sentido de se democratizarem as decisões, mas também para estimular e assegurar ao trabalhador, no espaço coletivo, o desenvolvimento e aprimoramento de sua capacidade de análise das situações de trabalho, implicação no processo (co-responsabilização), e compartilhamento de proposições com os colegas e gestores (CAMPOS, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006f).

Os movimentos históricos no campo da Saúde do Trabalhador apontam para a importância das *comissões locais de trabalho*, como instâncias de encaminhamentos coletivos acerca de questões diversas relacionadas ao trabalho. Vale aqui resgatar os princípios do Modelo Operário Italiano (MOI), que servem de base para as iniciativas de organização de coletivos no trabalho. Os princípios centrais do MOI estão diretamente alinhados à Humanização: afirmam a valorização da experiência e subjetividade do trabalhador (o saber de quem faz); demarcam a não-delegação do conhecimento, o que se traduz como a decisão de que as análises e intervenções no trabalho sejam realizadas pelos próprios trabalhadores, contando com a ajuda dos empregadores e técnicos, mas não lhes delegando/repassando esse papel/direito; e orientam a busca de consensos em torno dos problemas e possíveis encaminhamentos (validação consensual).

Há que se resgatar também um princípio histórico no campo de luta dos trabalhadores, que são os processos de *negociação coletiva*, envolvendo todas as partes interessadas nos encaminhamentos, acordos, etc. Esse princípio de compartilhamento, pactuação, estendido e exercitado nos serviços de saúde, a partir das questões que se apresentam no seu dia-a-dia, potencializaria, em muito, a perspectiva de reorganização dos processos de trabalho, tanto melhorando a prestação de serviços quanto os modos de inserção dos trabalhadores na dinâmica do serviço, resultando em aumento dos coeficientes de autonomia e satisfação de trabalhadores, gestores e população. O dispositivo no qual o Humanizamus tem investido para valorizar o levantamento coletivo de metas e estabelecer acordos são os *contratos de gestão*, explorados não somente enquanto instrumentos-síntese de “metas” acordadas e monitoramento de seu cumprimento, mas principalmente em seu potencial pedagógico, de fomentar um “novo jeito de fazer”, abrindo e multiplicando debates e *rodas* de discussão, de avaliação e planejamento em toda a rede; na verdade, instrumentos de “exercício” de redes, ampliando e intensificando as participações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; SANTOS-FILHO, 2006b), num desafio também concreto para um novo modo de gerir.

Ao se trazer o debate para a esfera do trabalho no setor público de saúde, deve-se salientar, por um lado, a falta de tradição e incipiência de movimentos e de instrumentos sistemáticos (inclusive em lei) voltados para a saúde e segurança, mas por outro lado, buscar as possíveis frentes que começam a se abrir nesse campo, buscando “brechas” para, independentemente de legislação, se avançar e potencializar alguns dispositivos à luz de uma “humanização do trabalho em saúde”. Problemas e propostas têm sido recolocados e complementados em todas as conferências de saúde. Nas 12<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde, 3<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e na mais recente Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (3<sup>a</sup>.CNGTES) várias questões aparecem e se reafirmam, englobando diversos tipos de propostas para enfrentamento de problemas conhecidos e/ou que têm surgido na complexidade dos serviços. No plano legislativo, tais propostas ainda não foram objeto de regulamentação sistemática, entretanto, já se observam movimentos capazes de abrigar as questões levantadas, como por exemplo as iniciativas de uma mesa nacional de negociação permanente e de projetos de desprecarização do trabalho em saúde, envolvendo diferentes atores institucionais e segmentos de trabalhadores. Consideramos de interesse especial o que está proposto pelo Ministério da Saúde como “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), contemplando um capítulo especialmente voltado para os “princípios e diretrizes da política de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS”. Esse capítulo prevê a constituição de *comissões locais de saúde ocupacional* (nos serviços de saúde), perspectiva que se abre para abrigar ações organizadas na ótica da humanização do trabalho em saúde.

Deseja-se delinear, então, um *eixo* tendo como instrumentos concretos as instâncias (quaisquer delas) que reúnam coletivos de trabalhadores e gestores, passando a operar com os conceitos de co-gestão e gestão compartilhada, permeados por negociações e contratos, fomentando o “empoderamento” dos trabalhadores. Empoderamento e autonomia, num contexto de co-responsabilização com os demais atores – gestores e população.

Nesse sentido, não somente as comissões locais de saúde ocupacional (que podem já nascer sob um referencial mais ampliado de atuação e ampliadas em sua composição), mas também outras instâncias (comissões/serviços/programas) formalmente previstos em um plano mais administrativo-legal (e seus equivalentes no âmbito do setor público) poderiam ser estimulados a avançar em sua dinâmica de atuação. Em torno de seu objeto específico de atuação, desafiarem-se para um novo modo de compreender o trabalho e o trabalhador da saúde, ampliando as frentes de abordagem, baseando-se nas necessidades e demandas dos trabalhadores, situadas em uma concepção ampliada de necessidades e demandas (CECÍLIO, 2001), não somente restritas à esfera ocupacional (senso estrito).

Essas instâncias poderiam, então, incorporar um jeito de se instituírem como *sistemas ou fóruns de escuta/acolhida* dos trabalhadores, nos moldes do que tem proposto o Humanizassus – abordagem qualificada, acolhedora, compartilhada, configurando-se como o exercício de uma *clínica ampliada* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b) nesse campo específico da atenção ao trabalhador da saúde. Através de uma *clínica ampliada* poder-se-ia alargar o campo de escuta e de observação dos sujeitos trabalhadores em sua inserção no trabalho, reconhecendo os riscos e problemas prevalentes, mas também



buscando explorar as singularidades das situações (dos sujeitos e das relações de trabalho). E nessa mesma direção, incorporar a prática de implementação de políticas, *projetos coletivos* e *projetos terapêuticos [projetos de saúde]* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006g) para/com os trabalhadores, reafirmando através desses dispositivos a importância da participação, da elaboração compartilhada de um *projeto*, no qual o trabalhador sintá-se acolhido, implicado, comprometido, co-responsável, com a problematização e cuidados acerca das questões do trabalho/saúde. A abordagem baseada nos *projetos de saúde* apontaria para uma ampliação do “cardápio de ofertas” ao trabalhador, compatibilizadas com necessidades e demandas que forem discutidas como prioridades e negociadas quanto à possibilidade e forma de se ofertar (disponibilizar). É assim que se pode pensar a diversificação de “cardápios”, que abriguem por exemplo atividades sistemáticas de educação permanente (e outras), além daquelas ofertas tradicionais do campo “ocupacional” (exames, vacinas, etc). Recuperando aqui um outro caro dispositivo relacional, o da lógica de *contratos*, acrescentamos que a sustentabilidade desses projetos só se garante na medida em que se avança na capacidade de negociação – no aumento da capacidade de contratualização.

Agora consideramos importante lembrar os novos instrumentos legais que estão surgindo no sentido de regulamentar algumas normas de segurança e saúde até então aplicáveis apenas ao setor privado. É o caso da portaria do Ministério do Planejamento (de outubro de 2006), que institui o “Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal”. Apesar dos avanços desses instrumentos, ainda são insuficientes em sua cobertura (apenas federal) e em seu escopo, uma vez que enfocam apenas alguns eixos de “prevenção” e “controle”. De modo mais geral, portanto, a legislação trabalhista sobre segurança e saúde, via “normas regulamentadoras” do Ministério do Trabalho e Emprego, não se estende ao setor público. E mesmo que se avance nessa linha legislativa, na ótica do Humanizamus é preciso pensar as ações para além de uma perspectiva normativa, e cuidar para que a estruturação de tais ações/serviços escape de desenhos rígidos e frágeis quanto ao processo de pactuação. Ao contrário, que sejam permeados pelos princípios que foram referidos anteriormente – escapar, portanto, da transposição linear de estruturas “duras” e ajustar sua dinâmica para uma abordagem acolhedora/ampliada, fomentando a inclusão dos trabalhadores (inclusão que definitivamente não se consegue por decreto!). A sua participação efetiva aumentaria a possibilidade de alcançar a co-responsabilização, melhores desempenhos e satisfação, individual e em equipe. É interessante observar que os trabalhadores freqüentemente são imputados de culpa pelo não seguimento de algumas regras de segurança, pouco se problematizando as “causas” dessas “indisciplinas”. No caso dos trabalhadores da saúde, isso se reproduz em outros tantos comportamentos, chamados de “resistências”, “não-adesão aos projetos”, “falta ou inadequação de perfil”, absenteísmos de diferentes tipos/motivos, “fugas” do trabalho, etc, ao mesmo tempo que esses trabalhadores comumente têm relatado falta de espaço para conversar, discutir situações do cotidiano de trabalho, dividir dúvidas, inseguranças, medos, etc. Por outro lado, também é freqüente uma certa posição de “queixa”, de “pedinte”, de “cobrador”, comumente atribuindo-se a alguém (ao “chefe”) o papel de solucionar problemas, de modo isolado, unilateralmente. Essas situações certamente poderiam ser melhor problematizadas nos diferentes espaços que forem abrindo-se com uma perspectiva mais discursiva, de compartilhamento e de co-responsabilidade com a análise, com as propostas e com a viabilização dos recursos para mudanças. Outro dispositivo caro à Humanização serviria aqui como referencial para abrigar a problematização de tais questões e nortear a estruturação e funcionamento de quaisquer instâncias, formais ou

informais, instituídas nos serviços. Trata-se do que se nomeia como *Grupo de Trabalho de Humanização/GTH*, não para ser entendido como um grupo em sentido estrito, fechado, mas porque explora à máxima potência a idéia de grupalidade, construção de grupos-sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006h).

A especificidade dessas questões atuais do mundo do trabalho em saúde desafia para que as localizemos para além do campo dos cuidados médico-assistenciais-sanitários. Devem ser acolhidas em outros tipos de abordagens, *humanizadoras*, propiciando a ressignificação dos problemas à luz de análises mais amplas do processo de trabalho, análises que devem efetivamente serem tomadas como norte das intervenções (também mais amplas, para além de clássicas medidas de prevenção e controle). Enfatizamos esse recorte, pontuando também a atenção que se deve ter quanto a algumas vertentes de programas de qualidade de vida e saúde no trabalho, comumente partindo de padronizações externas, negação das subjetividades e singularidades, sob o risco de se reduzir o sujeito trabalhador e a discussão a um discurso biomédico (BRANT & GÓMEZ, 2004).

### **Eixo 3 – Ampliando a concepção e os objetos das *equipes de saúde*: olhar sobre o próprio trabalho e saúde**

Um último *eixo*, que certamente canaliza as questões levantadas anteriormente e, por outro lado, apresenta-se como um outro *locus* concreto de ação voltado para o cuidado/saúde dos trabalhadores da saúde seriam as próprias *equipes de saúde*. Para explicitar esse eixo, consideremos que os serviços cada vez mais são convocados a se estruturar através da integração dos diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais. No âmbito do Humanizamus essas equipes são entendidas e desejadas como *equipes multiprofissionais de referência* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006i), não no sentido de complexidade da atenção (referências especializadas), mas referência como “vínculo” a ser estabelecido com o usuário. Por outro lado, deseja-se que essas equipes estejam configuradas como “equipes colegiadas”, planejando, avaliando e tomando decisões coletivamente – vínculos entre si. Nesse sentido, também seria pertinente que tais equipes passassem a colocar em pauta, de forma sistemática, o seu próprio trabalho e suas vivências, olhando “para dentro”, sobre o seu próprio processo e suas condições de trabalho, tomando-os como objeto e constituindo uma micro-rede permanente de análise, negociações e intervenções, partindo da realidade cotidiana. O gestor local assume papel fundamental nesse terreno, fomentando e sustentando tal rede, aprendendo a praticar a gestão compartilhada. Segundo Dejours, o processo de *cooperação* é que é a base para a constituição de uma equipe; é aquilo “que funda o coletivo de trabalho”. E é pela *cooperação* que um coletivo torna-se eficiente e eficaz, além de ter seus “erros” e “riscos” minimizados (DEJOURS, 1993; FIGUEIREDO ET AL, 2004). Estudos recentes atestam a importância dessa grupalidade também como um fator diretamente relacionado à qualidade do cuidado em saúde (CAMPBELL, 2001).

Por outro lado, vale aqui lembrar a concepção de que cada trabalhador é gestor de seu próprio trabalho, nesse sentido sendo necessário vislumbrar o potencial gerador de mudanças a partir desses micro-espacos locais. O processo de trabalho em saúde envolve especialmente o que se concebe como “trabalho vivo”, “vitalidade” que deve se configurar também como força (motriz) para mobilizar os sujeitos/equipes em torno da reflexão/intervenção em seu próprio fazer.

Se, como entende Foucault (1979), as Instituições de maneira geral são instâncias disciplinarizadoras de atitudes e comportamentos, os próprios agentes que as conduzem (no caso os trabalhadores da saúde) estão nela inseridos sob esse “risco” de terem seus “corpos e mentes disciplinarizados, docilizados”, mas entendemos que estão principalmente num movimento permanente de luta com/contra isso, de confronto de poderes – e esse é um conflito vital, do qual resulta maior ou menor alienação, maior ou menor autonomia, dependendo da perspectiva em que se direciona (protagoniza) a inserção no trabalho, operando contra um modo passivo de existir.

#### 4 À guisa de conclusão

Para bem demarcar as potencialidades dos *eixos* propostos, reafirma-se a direção desejada na discussão e compreensão do que é *trabalho, saúde, atenção e gestão*, e a marca da indissociabilidade entre esses pares. Compreensão do trabalho como “atividades vivas” colocadas em ação pelos trabalhadores (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ, 2004; FIGUEIREDO ET AL, 2004), sujeitos que, em situação de trabalho, são capazes de inventar e reinventar modos de fazer, produzindo conforme o que se espera de sua inserção na produção, transformando “matérias”, realizando produtos [e “trabalho imaterial”] (LAZZARATO & NEGRI, 2001), mas ao mesmo tempo também se transformando (a si próprios e os coletivos). Nessa experiência cotidiana do trabalho o trabalhador está gerindo o seu próprio fazer, experiência que é carregada de prazer, satisfação e também de desgaste e sofrimento, nesse sentido estando o trabalho diretamente associado ao *processo saúde-doença*, compreendido como perfis de respostas/reações individuais, no seio de um processo social. Trabalho e saúde estreitamente ligados: capacidade para transformar a realidade, modificando-se por sua vez ele próprio (o sujeito). O trabalhador da saúde, ao desempenhar sua ação de cuidado aos usuários (âmbito da *atenção*), o faz a partir de um modo de se organizar no trabalho, modo que se deseja construído em um coletivo (equipe de saúde), configurando um processo de trabalho no qual tenha voz ativa, processo desejado como democrático e participativo de *gestão*. *Atenção e gestão* permeadas por *vínculos* e possibilitando *vínculos* entre trabalhadores (equipe) e entre esses e os usuários. Nesse “espaço”, esperam-se diretamente correlacionados: coeficientes de participação, fomento à capacidade de análise, autonomia, satisfação... *saúde*.

#### Referências Bibliográficas

- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de um hospital de Madrid. Revista Esp Salud Publica 2004; 78:505-516.
- Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras da enfermagem. Rev Saúde Pública 2003a; 37(4):424-33.
- Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. Ciência Saúde Coletiva 2003b; 8(4):991-1003.
- Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10(3):561-71.
- Brant LC, Dias EC. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturação. Cad Saúde Pública 2004; 20(4):943-49.

- Brant LC, Gómez CM. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência Saúde Coletiva* 2004; 9(1):213-23.
- Brant LC, Gómez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(4):939-52.
- Campbell, SM *et al.* Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323. Disponível em <http://bmj.bmjournals.com/search.dtl>
- Campos G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
- Campos G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: Mehry EE, Onocko, organizadores. *Agir em saúde*. SPaulo: Hucitec; 1997.
- Campos G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Canadian Health Services Research Foundation. Satisfied Workers, Retained Workers: Effects of Work and Work Environment on Homecare Workers' Job Satisfaction, Stress, Physical Health, and Retention, 2005. [http://www.fcrrs.ca/final\\_research/ogc/pdf/zeytinoglu\\_final.pdf](http://www.fcrrs.ca/final_research/ogc/pdf/zeytinoglu_final.pdf)
- Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO; 2001.
- Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
- Dejours C. *A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré; 1988.
- Dejours C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H.(org.). *Sobre o modelo japonês: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho*. São Paulo: Edusp; 1993.
- Facchini LA, Weiderpass E, Tomasi E. Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo. *Rev Saúde Pública* 1991; 25(5):394-400.
- Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à Saúde do Trabalhador. In: Buschinelli JTP, organizador. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1994.
- Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
- Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- García JC. *O pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1989.
- Guedes RMA, Lima FPA, Assunção AA. O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais de enfermagem: o caso da medicação. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(4):1063-74.
- Lancman S, Sznelwar LI. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo, Hucitec; 1989.
- Laurell AC. La experiencia obrera como fuente de conocimiento: confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual. Cuadernos Médico Sociales 1990; 51: 3-26.
- Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
- Lima DA, Oliveira JC. Mapa de Riscos: novos rumos para saúde e segurança. Proteção 1993; 5(21):23-26.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal Occupational Behavior 1981; 2:99-113.
- Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à Saúde do trabalhador. Rev Saúde Pública 1991; 25(5):3-11.
- Ministério da Saúde. A humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.
- Ministério da Saúde. Avaliação Nacional do Programa de Saúde da Família – 2001/2002. Brasília, MS, 2003.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Ambiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006e.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Clínica Ampliada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006f.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde; 2006i.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Grupo de Trabalho de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006h.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006g.
- Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.
- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
- Oddone I. Ambiente de trabalho. São Paulo: Hucitec; 1986.
- Pichon-Riviere E. O processo grupal. SP: Martins Fontes; 1998.
- Pizzoli LML. Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10(4):1055-62.
- Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS; 2006.
- Santos Filho SB, Barreto S. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, MG, Brasil: contribuição no debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Cadernos de Saúde Pública 2001: 17
- Santos Filho SB, Barreto SM. Algumas considerações metodológicas sobre os estudos das Lesões por Esforços Repetitivos. Cad Saúde Pública 1998; 14:555-63.
- Santos M. Pensando o espaço do homem. São Paulo: Edusp; 2004.
- Santos-Filho SB. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde. Manual com eixos avaliativos e indicadores de

referência. In: Passos E, organizador. Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006b.

- Santos-Filho SB. Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
- Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10(4):869-78.
- Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
- Schwartz Y. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições* 2000; 5(32):34-50.
- Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, Miyake T, Ohida T. The relationship of job type to Burnout in social workers at social welfare offices. *J Occup Health* 2005; 47:119-25.