



CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA PARA REFLETIR SOBRE A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Élida Azevedo Hennington

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz - IPEC/FIOCRUZ

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde preconiza a transversalidade na construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando o protagonismo de sujeitos e coletivos e sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção à saúde. Observa-se como um dos pontos críticos na humanização de ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o pouco estímulo à inclusão e valorização dos trabalhadores da saúde, tornando-se importante produzir conhecimento e aprofundar a reflexão a respeito do papel destes profissionais na implementação de práticas humanizadoras. Este ensaio busca estabelecer o diálogo entre o pensamento do filósofo francês Yves Schwartz e a temática da gestão dos processos de trabalho, articulando os aportes teórico-filosóficos do autor com os pressupostos da PNH, tendo como foco os sujeitos-trabalhadores da saúde no processo de implementação desta política no âmbito do SUS. A abordagem ergológica proposta pelo filósofo situa o processo de conhecimento sobre o trabalho sustentado no chamado *dispositivo dinâmico de três pólos* formado pelas disciplinas constituídas; pelos protagonistas – os trabalhadores, sua experiência e seus saberes; e pelas exigências epistemológicas e éticas.



O trabalho em saúde no contexto da humanização

A globalização teve efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países, tornando a gestão de recursos humanos um desafio mundial na atualidade. Muitos destes efeitos são reflexos do enxugamento do Estado e conseqüente corte em programas sociais e de saúde com redução ou manutenção do contingente de trabalhadores mesmo num contexto de ampliação de demandas; da deterioração das condições de trabalho e precarização do mercado; da redefinição do papel do Estado, atuando mais como regulador, e do aumento da participação do setor privado na oferta de serviços. Deste modo, a força de trabalho é considerada nos dias atuais um componente importantíssimo na gestão em saúde exigindo mudanças no processo de desenvolvimento de recursos humanos (RH), incluindo a modernização de sua abordagem e a superação dos modelos tradicionais da administração, bem como um posicionamento proativo de gestores e administradores e comprometimento dos profissionais e diferentes setores em todas as fases de implementação das políticas de saúde (Nogueira e Paranaguá de Santana, 2000; OPS/OMS, 2003; Beaglehole e Dal Poz, 2003; Dussault e Dubois, 2006).

Seis principais componentes no planejamento e gestão da força de trabalho em saúde foram destacados no Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2006), a saber: política, gestão de RH, financiamento, educação, parcerias e liderança. Assim, foram considerados pontos cruciais no campo da saúde a capacidade de liderança para orientar, mobilizar recursos, atingir objetivos e cumprir metas; o uso integrado de dados e informações sobre recursos humanos, as políticas e práticas no planejamento da formação de equipes, as formas de recrutamento, seleção e desenvolvimento; as leis, regras e regulamentos na contratação da força de trabalho; a obtenção, alocação e distribuição de recursos financeiros para o setor de RH; a produção e capacitação contínua de habilidades e competências da força de trabalho em saúde; a relação e o estabelecimento de parcerias formais e informais com provedores de serviços de saúde, associações e corporações profissionais e de usuários, instituições de ensino e pesquisa e outros (WHO, 2006; Dal Poz et al, 2006).

No Brasil, dentre os entraves mais importantes no processo de consolidação do SUS, observa-se a existência de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o protagonismo e



a autonomia destes sujeitos envolvidos diretamente na execução das políticas e na produção de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde em 2003 pretende ter um caráter transversal, perpassando todos os níveis de atenção à saúde, entendendo-se humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho. O diferencial desta política reside também na clara preocupação com a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, de proporcionar condições adequadas para a execução das atividades laborativas e de criar condições para que os que cuidam possam ter suas necessidades satisfeitas (Brasil, 2004; Agência, 2007).

O filósofo Yves Schwartz, coordenador do grupo de formação e pesquisa *Analyse Pluridisciplinaire des Situations de Travail* da Universidade de Provence na França, propõe a abordagem ergológica e seu dispositivo de três pólos para repensar a produção de conhecimento sobre o trabalho. Esta abordagem procura relacionar dialeticamente os produtos das diferentes disciplinas (pólo conceitual), os saberes e valores oriundos da experiência dos trabalhadores (pólo das forças de convocação e de reconvocação) e, por fim, o pólo das exigências éticas e epistemológicas que faz a articulação dos dois outros, apoiada numa visão humanística e de construção solidária (Schwartz, 2000; Brito, 2004).

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

Humanização em saúde: uma política, alguns conceitos

Está em curso no Brasil desde 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) cujo principal antecedente é a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar proposta anteriormente pelo governo federal (Brasil, 2001). A PNH, de escopo ampliado, pretende reorientar as práticas em saúde em todo o país numa perspectiva de transversalidade, perpassando por todas as ações e serviços. Preconiza a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando o protagonismo e autonomia de sujeitos e coletivos e sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção



a partir da democratização das relações de trabalho e da valorização dos trabalhadores da saúde. A co-gestão e o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos são os norteadores da construção da PNH como política pública (Brasil, 2004; Benevides e Passos, 2005; Agência, 2007).

O projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS que direcionam para a necessidade de mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde, tais como: um frágil vínculo trabalhadores-usuários e incipiente controle social, a precarização das relações de trabalho e a pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, o baixo investimento em educação permanente, o desestímulo ao trabalho em equipe e o despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas envolvidas nas práticas de saúde. É reconhecido que a melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços e tem o trabalhador da saúde como protagonista nesse processo. Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (Brasil, 2004; Benevides e Passos, 2005; Agência, 2007).

Humanizar a assistência implica na humanização da produção dessa assistência, conforme afirma Deslandes (2004). De modo geral, o baixo investimento por parte das instituições na qualificação dos trabalhadores, em particular no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, reduz as condições de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde, verificando-se o pouco estímulo à inclusão e à valorização destes profissionais na produção de saúde, assim como o desrespeito aos seus direitos, o seu saber e as suas necessidades individuais e de trabalho. Outro aspecto fundamental refere-se às condições estruturais de trabalho refletidas na figura de um trabalhador quase sempre mal remunerado, algumas vezes pouco incentivado e sujeito a uma carga considerável de trabalho, dificultando a implantação de políticas humanizadoras (Deslandes, 2004; Fortes, 2004).

Durante muito tempo a humanização no âmbito da saúde foi concebida de forma restrita e focada na relação trabalhador-usuário e no cumprimento de preceitos éticos. Com o advento da política de humanização houve uma inflexão do discurso e das práticas e o



surgimento de novos atores e propostas no campo. As diversas direcionalidades do processo de humanização e satisfação do usuário, seus diferentes aspectos discursivos e seu caráter político são enfatizados por Puccini e Cecílio (2004):

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

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

Assim, redefinindo o conceito tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo⁸ (Benevides e Passos, 2005:391).

Na concepção de Ayres, a humanização da atenção à saúde relaciona-se à “projeto de felicidade”, definida como um compromisso das tecnociências da saúde com valores democraticamente validados como bem comum (Ayres, 2001, 2005). A noção de saúde como “projeto de felicidade” resulta numa construção de “caráter contrafático” – neologismo de caráter conceitual extraído de Habermas que



lança mão da expressão sempre que busca referir-se a ‘valores quase-transcendentes’, isto é, a idéias ética e moralmente norteadoras, de aspirações universais, mas construídas a partir da percepção do valor para a vida humana de determinadas idéias ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são obstaculizadas, negadas por alguma experiência concreta. (Ayres, 2005:551)

Assim, projetos de felicidade serão acessíveis apenas e sempre a partir de obstáculos concretos à realização dos valores associados à experiência dos indivíduos e comunidades, entendendo-se como algo para além dos problemas tecnocientíficos expressos pela noção de risco ou por alterações orgânicas, anátomofuncionais ou morfológicas (Ayres, 2005, 2006).

Ayres (2005, 2006) considera que a humanização em saúde como busca de felicidade tem que transitar numa perspectiva de conquista, num horizonte de movimento, de um dever pessoal mas também social e politicamente compartilhado. Salienta ainda que a problemática da humanização não se limita ao plano das relações médico-paciente ou trabalhador-usuário, por exemplo, e nem se restringe a rearranjos técnicos ou organizacionais das instituições de saúde, embora dependa deles; “Trata-se de um projeto existencial de caráter político, trata-se de uma proposta para a ‘polis’” (Ayres, 2005:552).

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

O entendimento do conceito de humanização para além da “essência humana” e colocando-o numa perspectiva de relações sociais é apresentado por Puccini e Cecílio (2004). Para estes autores, o movimento humanizador deveria seguir o caminho da transformação, da *humanização radical*: capaz de colocar em xeque questões culturais, sociais, políticas e econômicas que impedem a conquista de padrões universais e solidários de qualidade de vida



e os direitos de cidadania. Nesse curso, caberia resgatar a subjetividade, a criatividade, a participação e a integralidade do sujeito trabalhador(a) na sua interação com os outros atores – gestores e usuários – como potências na implementação de práticas humanizadoras.

Gestão dos processos de trabalho em saúde e a humanização numa perspectiva ergológica

O mundo do trabalho hoje caracteriza-se por intensas transformações e pela reorganização do processo produtivo. De acordo com Antunes (1999), após a derrocada do modelo taylorista-fordista, a resposta do capital a sua crise estrutural incluiu a implantação de avançadas tecnologias e inovadoras formas e modelos de gestão organizacional. Houve ainda um movimento importante no plano ideológico nas mais diversas esferas da sociabilidade com o privilegiamento de um subjetivismo e ideário fragmentador e individualista em contraposição a posturas solidárias e de atuação social coletiva. Nesse bojo, ocorreu também uma espécie de apropriação e exploração das capacidades humanas no mundo do trabalho até então não consideradas. A linguagem e os processos comunicacionais presentes no contexto da reestruturação produtiva tornaram-se peças importantes para o capital. O capitalismo passa a valorizar a criatividade, a capacidade organizativa e de cooperação, a comunicação e a habilidade dos trabalhadores na resolução de problemas. As posturas ativas no trabalho, a troca de informações, o trabalho em equipe, a supremacia das atividades simbólicas e a valorização do trabalhador flexível e polivalente tornam-se elementos fundamentais nos novos processos produtivos, fenômeno observado inclusive na saúde.

Hardt (1993) afirma que a prestação de serviços, a comunicação e o processamento de informações tornaram-se essenciais à produção econômica na contemporaneidade. Nesse sentido, como trabalho afetivo ou imaterial, o trabalho em saúde ao movimentar afetos produz/reproduz subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade.

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

Ao refletir sobre a evolução do papel do trabalho afetivo no capitalismo, o autor reitera que a produção foi enriquecida pela complexidade da interação humana, na união entre



ação instrumental e comunicativa, produzindo e reproduzindo afetos em redes de comunicação e cultura – subjetividades e sociabilidade tornam-se diretamente exploráveis pelo capital, aflorando o biopoder. Desse modo, destaca-se o enorme potencial do trabalho afetivo, na medida em que “o que se cria nas redes de trabalho afetivo é uma forma-de-vida” (Hardt, 1993:154). O trabalho afetivo, incluindo o trabalho em saúde, transformou-se em alicerce necessário para a acumulação capitalista e a ordem patriarcal, possuindo, de outro modo, a produção de afetos e de subjetividades, o potencial para o fomento de circuitos autônomos de valorização e, possivelmente, de liberação.

A produção biopolítica aqui consiste basicamente no trabalho envolvido na criação da vida – não nas atividades de procriação, mas na criação da vida precisamente na produção e reprodução de afetos. Aqui podemos perceber claramente que se está desfazendo a distinção entre produção e reprodução, assim como a distinção entre economia e cultura. O trabalho atua diretamente nos afetos; ele produz subjetividade; ele produz sociedade; ele produz vida. O trabalho afetivo, nesse sentido, é ontológico – ele revela o trabalho vivo que constitui uma forma de vida e, assim, demonstra novamente o potencial da produção biopolítica.¹⁶ (Hardt, 1993: 156)

A abordagem ergológica proposta por Yves Schwartz situa o processo de conhecimento sobre o trabalho sustentado em três pólos distintos: o pólo epistêmico, gerado pelo conhecimento das diversas disciplinas científicas; o pólo do saber produzido pelos saberes e experiências do trabalhador e o pólo das exigências éticas e epistemológicas a respeito da construção dessa parceria. Assim, é proposta da ergologia discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando o conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades e a exigência da conversa entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes. Considera que a análise do trabalho é inseparável do campo epistemológico, dos valores e da ética e que o encontro entre os saberes científico e prático, imprevisível, resulta sempre em algo inovador. Em consequência, o trabalho pode ser considerado em parte repetido e ao mesmo tempo sempre novo, um destino a viver (Schwartz, 2000; 2002).

Para Schwartz (2003b), o trabalho implica história e sua expressão como experiência refletida em encontro, sempre em parte inacabado e permeado por antagonismos. O trabalho se conforma como terreno de conflitos e interesses diversos: *técnico-científico*, que confere efetividade aos objetivos econômicos e sociais do trabalho a partir da construção e combinação de saberes; *filosófico* no sentido de entendimento de como homens e mulheres



fazem sua história, de seres que se criam e se recriam pelo trabalho; e *político*, por constituir-se de saberes não-neutros, gerados dentro da história do trabalho e detentores de poder de transformação, visando estratégias e políticas de desenvolvimento de riquezas numa fabricação permanente de um “viver em comum” e na promoção ou abandono da noção de “bem comum”. Assim, as transformações na gestão dos processos de trabalho em saúde e a construção de práticas humanizadoras acarretam necessariamente transitar nesse solo onde se misturam o individual e o coletivo, o social, o econômico e o político, o confronto de interesses nem sempre convergentes e a necessidade de articulação e de negociação permanentes na procura do bem comum.

Ao abordar o trabalho, a ergologia incorporou, desenvolveu e aprofundou o conceito de *atividade* oriundo da ergonomia que em seus estudos a respeito da defasagem entre *trabalho prescrito* e *trabalho real* demonstrou que existe uma singularidade no trabalho efetivamente realizado. Assim, a *atividade* traduz o trabalho realizado, o que inclui normas antecedentes e objetivos mas também ressingularizações, e se traduz num jogo de reciprocidades. Devemos pensar a atividade como uma dialética entre o dizer e fazer, o geral e o singular, o micro e o macro, o local e o global, o objetivo e o simbólico. É lugar de debates e incertezas, de confronto entre normas antecedentes e renormalizações singularizadas pelos seres humanos. Desse modo, a atividade permanece marcada por três características essenciais – transgressão, mediação e contradição; é resultante do embate entre as normas precedentes e a ação, do modo como cada sujeito reelabora o seu fazer a partir dos *usos de si* no trabalho e suas redefinições no aqui e agora. Sua análise transcende limites sociais, temporais, institucionais, tornando possível e desejável pensar suas circulações e reinvestimentos (Schwartz, 2004a, 2004b, 2005).

A atividade num determinado contexto e suas relações configura uma situação de trabalho. As situações de trabalho para Schwartz somente se traduzem se estiverem inscritas na complexidade da experiência de trabalho, neste encontro da “situação” com “experiência”. A aproximação, a mistura e sobreposição de situações expressam a singularidade de toda experiência de trabalho, impedindo a distinção entre elas na medida em que a execução do trabalho pressupõe patrimônio e necessita das trocas, socialização e cooperação constitutiva dos coletivos e redes (Schwartz, 2004b).

Em relação aos conceitos (pólo epistêmico), considera-se que são necessários porém insuficientes para compreender o trabalho. Uma análise da situação de trabalho não se



sustenta partindo-se unicamente da neutralização de conceitos e nem daquilo que foi simplesmente prescrito. Isto se dá em decorrência do abismo epistemológico existente entre *trabalho real* e *trabalho prescrito*. Ou seja, o trabalho não é possível sem um pré-conceitualização, porém é preciso mais do que normas e saberes antecedentes para enfrentar situações de trabalho. Assim, propor mudanças na forma de ser e de fazer o trabalho resulta na confrontação com o novo e com todo tipo de problemas que precisam ser geridos a partir daí. Evidencia-se desse modo a fluidez do trabalho e a potencialidade do sujeito trabalhador: na possibilidade de novas organizações, da implementação de modos originais de operar aquela realidade e da criação de novas entidades coletivas. A vida no trabalho permite a troca de saberes, as experimentações, a confrontação com a descoberta, o inusitado. Pensar o trabalho é pensar o trabalhador-potência: o que transgride e também o que consegue superar dificuldades imprevistas (Schwartz, 2003a; Brito, 2004).

O trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que, no seu cotidiano, produz e se reproduz como força de trabalho e produz saúde a partir da atenção à saúde de outras pessoas, habita um espaço relacional e pluridimensional. Assim, este trabalho pode ser tanto produtor de saúde como de mal-estar e adoecimento, para si – trabalhadores – e para os outros. Como objeto de estudo, o trabalho em saúde também coloca em foco a práxis na qual são produzidos, além de objetos e artefatos, produtos ou serviços no atendimento às necessidades humanas, valores que se incorporam à ação propriamente dita (Souza-e-Silva, 2002). A imaterialidade do trabalho em saúde acentua contradições na produção de valores de uso e de troca no capitalismo num cenário de mercantilização de produtos e de serviços. Nessa inter-relação de alteridade e dialogia inscritos no encontro do sofrimento e na produção de saúde, este labor se mostra particular ao lidar com o humano, capaz de originar sentimentos de prazer e satisfação e de engendrar padecimento e desgaste. É resultado de situações que se traduzem em experiência e como qualquer outro evidencia as normas antecedentes e as renormalizações num movimento constante, individual e coletivo (Schwartz, 2004b).

Nenhum trabalho é mera execução, mera repetição de movimentos, gestos, seqüências de atividades ou operações previstas antecipadamente – toda produção no trabalho é ressingularizada; é uma renormalização parcial em torno de si. Logo a gestão do trabalho em saúde deve perceber o espaço do trabalho como aquele de transgressão, do debate entre a norma e sua renormalização. Não é possível um controle e uma antecipação da totalidade de circunstâncias e peculiaridades de um trabalho como a atenção em saúde, bem como de



nenhum outro. As “brechas das normas” (Schwartz, 2002) colocam em evidência que sempre haverá a possibilidade da transgressão, a possibilidade de se tomar uma decisão, própria, pessoal e livre. O trabalho é um universo de microtransgressões; é o ambiente propício para questionar o prescrito, o poder.

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

Sob a perspectiva ergológica, a pesquisa e intervenção no campo da gestão em saúde nos apontam a necessidade de reflexão a respeito de valores tomados em consideração no campo das microdecisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e a noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores. Recorrendo-se a Schwartz, deve-se reconhecer que a negociação dos *usos de si* é sempre lugar de uma *dramática*. O conceito, “uso de si”, construído pelo filósofo francês a partir de Canguilhem, refere-se à atividade desenvolvida pelo trabalhador e seu investimento nessa realização, que envolve eleição e arbítrio entre valores diferentes e até contraditórios. Assim sendo, ao refletir sobre a gestão e avaliação de competências no trabalho, Schwartz reafirma toda abordagem nesse sentido como legítima e útil – um exercício necessário, no entanto, ao mesmo tempo, uma questão insolúvel – desafiando o tempo todo novas inventividades. Neste jogo, compete tentar articular variados “ingredientes”: o geral e a singularidade humana, a formação, normas, atividades e valores, as ingerências do meio, os diferentes usos de si e a possibilidade de armazenamento na forma de patrimônio, a relação dialética permanente entre esses diversos elementos perpassada por conflitos e antagonismos, sem contar as qualidades sinérgicas emergentes e potencializadas pelas políticas de governo do trabalho (Schwartz, 1998).



Schwartz (2004c) considera que gerir o trabalho vivo como hierarquização de atos e objetivos e tomada de decisões baseadas em valores, torna necessária a fuga de procedimentos estereotipados e a abertura do espaço das negociações dos usos de si – simultaneamente, usos de si por outros (das normas econômicas às instruções operacionais, dimensionadas por instâncias públicas ou privadas) e uso de si por si (o que revela compromissos microgestionários, articulados à experiência das situações de trabalho), na esfera individual e coletiva. Esses espaços das negociações, geralmente mediados por instâncias negociantes de arquitetura coletiva, por sua vez se constituem em lócus de uma dramática referente à relação eficiência-efetividade e que remetem a um campo de valores absolutos como, por exemplo, gozar ou restaurar a saúde. A gestão do trabalho é contínua e opera nos espaços implícitos e/ou explícitos de negociação.

Considerações finais

Conforme afirmam Rigoli e Dussault (2003), os trabalhadores da saúde não podem mais ser considerados simplesmente “instrumentos” ou “recursos” na oferta de cuidados necessários mas atores estratégicos que podem agir individual ou coletivamente influenciando o rumo da implementação de políticas de saúde.

Entende-se que o trabalho em saúde por suas características peculiares pode ser tanto emancipador, transformador e produtor de sentido, como estranhado e produtor de sofrimento e desgaste. A abordagem ergológica situa o trabalho como devir, atravessado de história e conformado por saberes, patrimônio, sistemas produtivos, tecnologias, formas de organização, procedimentos, valores de uso, relações sociais. Desse modo, a gestão dos processos de trabalho como parte vital da política de humanização em saúde faz pressupor o conhecimento e a consideração não só das questões macrossociais, políticas e econômicas, mas também de saberes e fazeres produzidos e legitimados no cotidiano dos trabalhadores da saúde e na concretude de suas práticas nesse espaço microtransgressor, fonte de criatividade e também de resistência. A humanização perpassa pela inclusão do trabalhador da saúde nesse processo transformador, numa articulação entre os pólos disciplinar, epistemológico e ético e dos sujeitos.

Muitas são as questões ainda não resolvidas que cercam o ato de refletir e operar sobre o trabalho em saúde. Deve-se pensar a produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse labor que envolve a utilização intensiva de



capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes, patrimônio transmitido e dividido cotidianamente no ato, de forma pessoal e relacional. Acrescente-se a isto as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida incorporação de novos conhecimentos, novas tecnologias e do desenvolvimento constante de habilidades comunicacionais e de manejo de informações, sem contar a convivência diária com toda forma de dor e de sofrimento e a profunda e irremediável implicação com o universo da vida e da morte e as inevitáveis repercussões no corpo e na mente.

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

Referências Bibliográficas

1. Agência de Notícias Humanização. Disponível em URL: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390 [2007 março 20].
2. Antunes RLC. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
3. Ayres JRCM. Sujeitos, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001 6(1):63-72.
4. Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):549-560.
5. Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF (org.) *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. pp. 49-83.
6. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health* 2003, 1:4. Disponível em URL:<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4> [2007 mai 10].
7. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):561-571.



8. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comuni. Saúde, Educ.* 2005;9(17):389-406.
9. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde. Série C. Programas, Projetos e Relatórios, n. 20. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
11. Brito, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez, D, organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 91-114.
12. Dal Poz MR, Quain EE; O’Neil M, McCaffery J, Elzinga G, Martineau T. Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health* 2006; 4(21). Disponível em URL: <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/21> [2007 mai 14].
13. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1):7-14.
14. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health* 2006; 4(21). Disponível em URL: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>. [2007 mai 14].
15. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(3):30-35.
16. Hardt M. O trabalho afetivo. In: *Cadernos de Subjetividade – o reencantamento do concreto*. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP. São Paulo, Ed. Hucitec, 2003: 143-157.
17. Nogueira RP, Paranaguá de Santana J. Gestão de recursos humanos e reforma do setor público: tendências e pressupostos de uma nova abordagem. Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, França, 2000. Disponível em URL: <http://www.observatoriorh.org/esp/gestion.html> [2007 mai 10].
18. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud). *Atención primaria de salud e desarrollo de recursos humanos*. Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos. Área de Desarrollo. Estratégico de la Salud. Oficina de Gestión de Programas. Madrid, España, 2003. Disponível em URL: http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/human_resources_sp.pdf [2007 mai 10].



19. Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004, 20(5):1342-1353.
20. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health* 2006, 1:9. Disponível em URL: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9> [2007 mai 14].
21. Schwartz Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ Soc* 1998; 19(65):101-140.
22. Schwartz Y. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octares; 2000.
23. Schwartz Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D, organizadores. *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Editora Cortez; 2002. p. 109-127.
24. Schwartz Y. Disciplina epistêmica, disciplina ergológica. Paidéia e politeia. *Trabalho & Educação* 2003a; 12(1):126-149.
25. Schwartz Y. Trabalho e saber. *Trabalho & Educação* 2003b; 12(1):21-34.
26. Schwartz Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde* 2004a; 2(1):33-55.
27. Schwartz Y. Ergonomia, filosofia e extraterritorialidade. In: Daniellou F, organizador. *Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Editora Edgard Blücher; 2004b. p. 142-180.
28. Schwartz Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez, D, organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004c. p. 23-36.
29. Schwartz Y. Actividade. *Laboreal* 2005: 1(1):63-64. Disponível em URL: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112291227657511>. Acessado em 20 de maio de 2007.
30. Souza-e-Silva MCP. A dimensão linguageira em situações de trabalho. In: Souza-e-Silva MCP, Faïta D, organizadores. *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Editora Cortez; 2002. p. 61-76.
31. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(3):585-597.
32. WHO (World Health Organization). *The world health report 2006: working together for health*. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2006. Disponível em URL: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_en.pdf [2007 mai 10].