

Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em saúde: trabalho a partir do HumanizaSUS

Fabio Hebert da Silva^(a)
 Maria Elizabeth Barros de Barros^(b)
 Cátia Paranhos Martins^(c)

Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentations and reflections on institutional support within healthcare: study starting from HumanizaSUS. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1157-68.

The questions and reflections that make up this paper were constructed starting from the course followed by consultants within the National Humanization Policy (PNH) of the Brazilian National Health System (SUS) in discussions with healthcare-sector workers. Experiences from training courses and discussions at workers' healthcare reference centers (CERESTs) in the northern region of Brazil and participation in the National Committee for Health Promotion among SUS Workers and the SUS National Permanent Negotiation Table are presented. Some questions on the topic of health and work are formulated, with the aim of contributing through this debate towards indicating the positions adopted and proposals made within the PNH in experimentations within SUS. Creation of collective strategies for dealing with contextual challenges and making interventions, while considering the work as a process, may expand the power of collective action among healthcare-sector workers.

Keywords: Institutional support. HumanizaSUS. Healthcare work. Occupational health.

As questões e reflexões que compõem este artigo foram construídas a partir de percursos de consultores na Política Nacional de Humanização do SUS nas discussões com trabalhadores no campo da saúde. Apresenta experiências de formação e debates com Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Região Norte do País, e a participação no Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS e na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Formula algumas questões sobre a temática Saúde-Trabalho, no intuito de contribuir com esse debate ao apontar as apostas e propostas feitas pela PNH em experimentações no SUS. A criação de estratégias coletivas para lidar com os desafios contextuais e fazer intervenção, considerando o trabalho como processo, pode ampliar o poder de agir de coletivos de trabalhadores no campo da saúde.

Palavras-chave: Apoio institucional. HumanizaSUS. Trabalho em saúde. Saúde do trabalhador.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras. Vitória, ES, Brasil. 29075-910. fabiohebert@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES, Brasil. betebarros@uol.com.br

^(c) Curso de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Dourados, MS, Brasil. catiamartins@ufgd.edu.br

Considerações iniciais

As questões e reflexões que compõem este artigo foram construídas a partir de nosso percurso, como consultores, na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), participando das discussões com os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentamos duas experiências no âmbito dessa Política, para pensarmos o apoio institucional na relação com a discussão Saúde-Trabalho. Uma referente à articulação dos cursos de formação da PNH com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Região Norte do país, e a outra se reporta à participação no Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS e na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Formulamos, então, com base nessas experiências, algumas questões sobre a temática Saúde – Trabalho, que trazemos aqui no intuito de contribuírmos com o debate sobre o apoio, a partir das propostas da Política Nacional de Humanização em experimentação no SUS.

Como a PNH poderia contribuir na discussão sobre saúde do trabalhador e processos de trabalho no SUS, na perspectiva do apoio institucional? Como a temática do trabalho se insere em uma política de saúde que busca humanizar a atenção e a gestão ao efetivar os princípios do SUS? Como ampliar a participação e o poder de agir do trabalhador? O que nos dizem as experimentações com a PNH? Por que e como propor outras experimentações e concepções para o trabalho em saúde?

Essas questões apresentadas tratam, em nosso entendimento, tanto da criação de estratégias para lidar coletivamente com os desafios locais, como da atualização de um diálogo sobre esses outros modos de fazer intervenção, tomando o trabalho como processo e o apoio como diretriz. Tais modos, atualizados em cada um dos fóruns, nas atividades de formação nos Estados, nos arranjos locais para o exercício do apoio institucional, têm como fio condutor uma perspectiva avaliativa e de monitoramento dos processos em curso nos serviços. O apoio institucional, a partir da análise institucional francesa, foi tomado como estratégia pela PNH para promover mudanças na atenção e na gestão do SUS. O apoio busca fazer junto, e não fazer por ou para o outro. A perspectiva avaliativa implica realizar planejamento, monitoramento e avaliação de forma concomitante à execução da ação; na participação dos próprios sujeitos no processo avaliativo; e na avaliação como um processo formativo, ou seja, que produz reflexão, mudança de rumos, conhecimento, novos sujeitos e outros olhares¹.

Política nacional de humanização: inflexões nos modos de trabalhar-cuidar

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS, criada em 2003, pelo Ministério da Saúde, tem como balizadores as conquistas nascidas das lutas pela democratização no país, que ganham estatuto constitucional em 1988, e, também, o processo de redemocratização e resistência no âmbito da saúde por meio da Reforma Sanitária. A humanização das práticas no campo da saúde, conforme formulada pela PNH, se expressa, sobretudo, na valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. A Política parte das experiências concretas, das lutas cotidianas e singulares de sujeitos comuns, opondo-se aos processos idealizados e universais de produção do homem e da mulher. O processo de humanização assim formulado refere-se não ao humano idealizado, mas à “[...] tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade”² (p. 565).

O desafio colocado pela PNH é o de superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS, ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, portanto, os processos de trabalho. Visa, então, a contrapor os modos hegemônicos de cuidar e gerir, marcados por práticas autoritárias e centralizadoras, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, de forma coletiva, saídas para os desafios do cotidiano.

Considerada uma ‘obra aberta’^{3,4} a PNH constrói seu curso a partir da inclusão de diversas experiências da Rede SUS e das inovações no campo da Saúde Coletiva, fazendo jus ao método como modo de caminhar. Tal método busca incluir os atores envolvidos nos processos de trabalho em saúde em todas as dimensões da gestão: planejamento, acompanhamento, execução e avaliação. Como obra aberta, busca um permanente processo de invenção de nós mesmos, de nossas práticas e do mundo que criamos ao viver.

Um dos princípios da Política, essencial para pensarmos a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde, é a indissociabilidade entre as mudanças na gestão dos processos de trabalho e nos modos de atender os usuários. Os sujeitos são considerados protagonistas e corresponsáveis no processo de trabalho, que comporta, em seu pensar-fazer, a potência das relações, dos modos de subjetivação éticos e de mundos. Assim, investir em práticas de cuidado humanizado “[...] implica reinventar a relação trabalhador de saúde-usuário/rede social, (re)inventando-se com ela”⁵ (p. 1995), destacando-se a capacidade de criação do vivo, a experiência concreta de trabalhadores da saúde que, no dia a dia, lidam, criam e constroem o SUS.

As discussões pautadas pelo HumanizaSUS ressaltam que o trabalho, independentemente do cargo e da função em que se encontra o profissional, possui um aspecto gestor. Uma gestão compreendida como dimensão inerente ao trabalho como atividade humana, que já não mais se restringe ao modo gerencial hegemônico da gestão clássica, hierarquizada e determinada por aquele que é o responsável pela instituição no exercício do poder⁶⁻⁸.

Na racionalidade gerencial hegemônica, a gestão é uma atribuição de um pequeno grupo de pessoas que define as tarefas a serem executadas pelos demais trabalhadores. Há uma minoria que pensa, planeja e avalia; e uma maioria que deve seguir as regras que foram definidas previamente. Tenta-se, assim, reduzir o trabalhador a um mero recurso, “[...] à condição de máquina programável segundo o interesse da direção da organização”⁸ (p. 235). Entretanto, como nos indica Schwartz⁹, isso seria invivível e impossível. Impossível, uma vez que a antecipação exaustiva da atividade de trabalho não se efetiva jamais; é invivível porque é nocivo à saúde. A saúde começa com a tentativa de se “[...] redesenhar parcialmente o meio em que se vive, em função de normas elaboradas por sua história”⁹ (p. 139). Aqui temos uma visão do trabalho humano que vai à contramão de certa perspectiva de gerenciamento dos serviços de saúde, que considera o trabalho como mecânico, essencialmente aplicação por uns de normas pensadas por outros. Portanto, é preciso criar um contexto para viver, o que não se faz com processos de trabalho heterodeterminados, burocratizados, fragmentados e centralizados. Incitar aqueles que vivem e trabalham a porem em palavras um ponto de vista sobre a atividade, a fim de torná-la comunicável e submetê-la à confrontação de saberes, é o que se objetiva por meio da criação de dispositivos para operar nas situações concretas em que a PNH é convocada a atuar, a partir da perspectiva do apoio.

Os dispositivos são arranjos concretos engendrados a partir das situações específicas reais em cada serviço, visando à interferência nas práticas naturalizadas, consideradas imutáveis. Nenhum dispositivo é igual a outro, pois o que está em jogo são os diferentes vetores e múltiplos tensionadores. Trata-se de processos intermináveis de constituição de sujeitos e práticas. Logo, os dispositivos jamais se equivalem. Tais arranjos devem ser avaliados (eticamente) de acordo com valores imanentes, ou seja, substituir o julgamento transcendente pela avaliação que emerge do campo concreto onde atuamos. Um dispositivo não se sustenta, se não fizermos uma “torção” do olhar do “eterno” para a apreensão dos possíveis a serem criados. Olhar criticamente para o processo é ampliar a possibilidade de intervir nos modos como nos organizamos para produzir saúde, abandonando questões como: de quem é a culpa? A direção passa a ser outra: ao invés de montar um “tribunal” para identificar e julgar culpados pelas situações (Gestor? Qual gestor? Trabalhador? Qual trabalhador? Usuário? Qual usuário?), apoiar esse movimento de avaliação dos arranjos concretos que se atualizam nos serviços.

A PNH tem apostado na produção de dispositivos dentro dessa perspectiva, e não em modos de fazer universais. Os dispositivos, reafirmamos, são sustentados em olhares críticos que nascem nas/das experiências vivas dos arranjos concretos contextualizados e singulares. Esses olhares críticos compõem, com as experiências do cuidado, uma metodologia rigorosa e aberta, e não engessada em metas descoladas daquilo que já fazemos, com a atualização dos princípios de indissociabilidade entre os modelos de gestão e da atenção e da transversalidade como ampliação do grau de comunicação existente entre os diferentes trabalhadores dos diversos serviços e instâncias do SUS.

Tais dispositivos perseguem, assim, a construção de estratégias para reunir os protagonistas preocupados em repensar a produção de normas sobre a base da experiência e de interesses partilhados. Convocam-se os sujeitos em sua habilidade essencial de produzir saberes locais investidos nas situações vividas; trabalhadores capazes de criar normas que preencham as lacunas normativas

dos projetos nos serviços; seres que tentam viver em saúde, o que não é jamais aceitar determinações normativas sem, ao mesmo tempo, avaliar esse uso. Viver em saúde é não se tornar puro instrumento de injunções de agir previamente pensadas pelos outros. Acompanhando ainda Schwartz⁹, diríamos que os dispositivos acionados no âmbito da PNH visam à confrontação com a tecelagem das normas pré-editadas no trabalho, o tratamento dos vazios dessas normas, dado que elas nunca conseguem dar conta do trabalho efetivamente realizado, sempre comportam uma gestão coletiva. No entanto, esse coletivo de trabalho nunca está dado em sua composição; é variável e imensamente mais instável do que o previsto nos protocolos e organogramas dos serviços de saúde.

A atividade humana está sempre às voltas com o real, ou seja, com o que coloca à prova as ações engendradas. Gestão como produção coletiva, que requer lugar e tempo, espaço de problematização dos acontecimentos, momento tanto de planejar quanto de avaliar as interferências produzidas nos processos de trabalho em curso. Essa concepção de gestão toma o cotidiano como propício para aumentar o grau de autonomia nas práticas em saúde por meio da necessária apropriação/autoria do trabalho. De acordo ainda com Schwartz⁹, a gestão, portanto, é do serviço, do trabalho, do cuidado, pautada em valores sem dimensão. Não é mera formalidade burocrática, mas uma dimensão não mensurável do trabalho, uma vez que não possui nenhuma unidade de medida para comparar sua grandeza. É possível conceber a promoção da saúde sem a democratização do acesso aos saberes? Como cada um define saúde? E a democratização do saber? Esses são bens não mensuráveis. Como, então, dar corpo a esses valores sem dimensão?

A PNH entende que investir, corporificar tais valores implica, necessariamente, incluir os diferentes sujeitos que compõem os processos de produção de saúde no planejamento, avaliação e execução das ações. Humanizar o trabalho é afirmá-lo como espaço de criação, de produção de sujeitos e saúde, de autonomia corresponsável e de construção de solidariedade, grupalidade e democracia. Logo, não pode ser reduzido à sua dimensão de emprego, de assalariamento.

Trata-se de recusar os modos mecanizados e verticalizados de fazer saúde e apostar no trabalho que prima pela construção de espaços de diálogo para compartilhamento de decisões e pela valorização das diferentes dimensões que constituem os processos de trabalho – atores envolvidos, saberes, relações de poder. A gestão coletiva do trabalho é critério fundamental para a promoção e produção de saúde e prevenção de adoecimento dos trabalhadores. Os sujeitos são protagonistas e corresponsáveis pelos processos de trabalho em curso nos serviços, são atores e autores de tais processos. A cogestão é, então, um instrumento valioso para promover mudanças, compreendendo um modelo de gestão “[...] centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que [garantam] que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente”¹⁰ (p. 9).

Nossa experiência nas ações desenvolvidas no âmbito do HumanizaSUS nos mostra que o exercício da cogestão não está dado, não é inerente à formação burocrático-institucional de um colegiado, de uma comissão ou de equipe multiprofissional. A cogestão não acontece por decreto ou na construção de um novo organograma. O que se nomeia como um colegiado, muitas vezes, se refere a uma reunião de indivíduos de diversas categorias profissionais (ou, mesmo, no corporativo), um espaço burocratizado, que cumpre uma prescrição feita de cima para baixo. A proposta da PNH é outra: a constituição de espaços onde a efetiva prática do debate se concretize, de forma que as disputas, as negociações e a pactuação de jeitos diversos de trabalhar e de enfrentar as questões que o cotidiano nos coloca componham para que a difícil tarefa de produzir saúde possa se fazer.

Assim, a criação dos espaços coletivos de decisão visa ao exercício da democracia institucional, à ampliação do conhecimento do trabalhador sobre seu fazer em saúde, à ampliação do poder de agir dos coletivos e, conseqüentemente, à promoção de outros modos de subjetivação. A produção de saúde e a produção de sujeitos não se separam, haja vista que o HumanizaSUS afirma o trabalho como “[...] produção de bens e serviços para os usuários, e, também, espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos”¹¹ (p. 1), contribuindo para a formação e exercício de graus maiores de protagonismo e autonomia.

É a transversalização das práticas que pode promover conexão entre trabalho, formação e gestão. A aposta é no encontro dos sujeitos e na criação de novos valores, práticas e relações. Por conseguinte,

a formação não é o que acontece somente fora do local de trabalho, mas é inerente ao cotidiano do fazer saúde. A formação se faz, também, nas interferências produzidas nos processos de trabalho, nos valores instituídos e sacralizados, que se efetivam na construção de estratégias que coloquem, em análise, a experiência em curso nos serviços, visando a enfrentar os desafios que os ambientes laborais portam, meio de trabalho necessariamente infiel, como nos indica Canguilhem¹². É inegável, segundo esse autor, a capacidade humana de lidar com a imprevisibilidade do meio em que vivemos e construímos ao viver, transformá-lo e renormalizá-lo, enfrentando os desafios singulares que se apresentam nas situações de trabalho. Logo, os processos de formação se efetivam no mesmo momento em que o trabalhador realiza um procedimento, ao se encontrar com o usuário, nos debates sobre o trabalho com os companheiros do serviço, nos enfrentamentos com os gerentes dos estabelecimentos de saúde, dentre outras situações.

O convite que a PNH nos faz, por meio do apoio institucional, é, então, produzir uma inflexão radical nos modos de fazer saúde. Não se trata de responder a uma meta a ser seguida a qualquer preço por meio de modos individuais e heroicos que reduzem o poder de agir dos trabalhadores, adoecendo-os, e que, ao longo do tempo, faz com que eles desistam de lutar pela transformação do que agride e produz sofrimento patogênico no trabalho. A gestão, por conseguinte, é o que se faz em meio às relações entre “[...] sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poderes (modos de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)”⁶ (p. 63). E a gestão que se passa entre esses “[...] vetores-dobras que a constitui”⁶ (p. 62).

Formular e apoiar a implementação de diretrizes e ferramentas de mobilização dos trabalhadores em torno de análises e intervenções para a melhoria dos processos de trabalho, de ambientes laborais e de condições de saúde são estratégias muito caras à PNH. O desenvolvimento de atividades de formação de apoiadores institucionais que trabalhem nessa direção é uma meta importante do HumanizaSUS. Vislumbrando, assim, a transversalização das práticas, o aumento da autonomia e o incremento do poder de agir dos coletivos de trabalhadores, algumas vias têm sido construídas, como: a organização de oficinas de atualização e/ou formação dos grupos de apoiadores; a articulação da inserção da temática Saúde – Trabalho na agenda das instâncias gestoras federal, estadual e municipal, bem como nas bipartites e tripartites. Essas estratégias possuem um potencial indiscutível na consolidação do SUS como política pública: interferir nos processos de gestão do trabalho; trazer, ao centro da cena, não apenas o trabalhador (indivíduo) ou sua categoria (conjunto), mas as relações que se estabelecem no processo produtivo; enfim, afirmar os princípios do SUS.

O apoio institucional é praticado pela/na PNH como método de intervenção para promoção dessa dimensão pública do SUS. O que não pode se viabilizar sem o envolvimento dos trabalhadores, dos usuários e gestores; e se afirma, portanto, como tecnologia relacional partindo da premissa de que produção de saúde não se faz sem a produção de sujeitos corresponsáveis e autônomos nesse processo.

Este método propõe, aos apoiadores, estarem no corpo a corpo desses embates, ao lado dos sujeitos coletivos, procurando fomentar condições, nem sempre possíveis de imediato, de intervenção e transformação das práticas autoritárias nas relações do trabalho em saúde. É importante, ainda, dizer que esse método coloca sua própria função em análise, pois corre risco constante de ser cooptado pelo autoritarismo, pelo centralismo do poder em instrumentos burocráticos, e, por isso, precisa questionar sua função permanentemente.

Duas experiências de interlocução

Valorização do trabalho e do trabalhador na Região Norte

De meados de 2008 a 2011, realizamos, na Região Norte do país, como parte das ações da PNH que versam sobre a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, uma extensa agenda de encontros e fóruns com os trabalhadores da saúde alocados em serviços de saúde das capitais e dos estados e nos CEREST's. Essas atividades têm sido planejadas considerando alguns direcionamentos que nos auxiliem em experimentações que expressem modos de cogestão no SUS e experiências locais que já acontecem pontualmente nessa região.

Em 2008, foram desenvolvidos alguns cursos de formação de apoiadores institucionais da PNH em alguns estados da região. As discussões nos cursos nos indicaram a necessidade de: a) incluir os CEREST's em tais cursos; b) ampliar as redes de conversa sobre a Saúde do Trabalhador da Saúde na região. Tais desdobramentos se configuravam como potente estratégia para o desenvolvimento de modos de gestão compartilhada nos processos de trabalho em saúde em alguns Estados onde esse debate era inexistente ou incipiente.

Ao iniciarmos as rodas de discussão, consideramos o objetivo de apoiar a criação de espaços de reflexão sobre o tema da "Valorização do Trabalho e do Trabalhador de Saúde", tomando como eixo condutor a PNH e as ações desenvolvidas pelos CEREST'S da Região Norte. Ao apoiarmos esses espaços de troca de experiências, buscamos modos de operacionalizar ações voltadas para a ampliação do poder de agir dos coletivos de trabalhadores.

Nesse tipo de experiência de apoio, temos encontrado dificuldades imensas em desenvolver ações que não sejam pontuais ao extremo e nem demasiadamente prescritivas por parte dos CEREST's. Dificuldades estas encontradas, também, nos coletivos das demais instâncias apoiadas – dificuldade dos coletivos apoiados pela PNH em relacionar a experimentação dos dispositivos, atrelados à habilidade de realizar análises coletivas dos processos de trabalho, que resultem na mudança do modo como trabalhamos dentro do SUS.

Em outras palavras, por mais que tenhamos o cuidado, nos processos de formação da PNH, de enfatizar a importância como método de trabalharmos sempre na perspectiva da articulação (e inseparabilidade) entre a experimentação dos dispositivos e os modos como gerimos a própria atividade de trabalho, temos nos deparado com uma grande incipiência, considerando tanto as reflexões quanto os encaminhamentos. E, também, as ações do CEREST só conseguem dar concretude a uma pequena parte do que é preconizado pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o que termina por gerar alguns efeitos incômodos: desconhecimento, dos trabalhadores, da existência do CEREST em sua região; baixíssimos números de notificação dos acidentes de trabalho; o número de trabalhadores insuficiente para as demandas, porque as ações são pontuais e desconectadas do restante da rede SUS; falta de informações sobre as efetivas condições de trabalho, o que termina por limitar as possibilidades de análises e encaminhamentos coletivos.

Trabalhamos referenciando-nos a alguns eixos norteadores: a) o contexto e a efetivação das políticas estaduais de saúde do trabalhador da saúde na Região Norte: quais ações os Estados têm efetivado nessa direção? Como construir estratégias para consolidar, implementar ou fortalecer as ações no âmbito da saúde do trabalhador do SUS?; b) os modos como os Cerest's poderiam contribuir nessa construção: que experiências poderiam ser compartilhadas?; e c) os encaminhamentos para esse processo: como inserir dentro desse diálogo a discussão sobre os processos de trabalho e humanização?

Pensamos, a partir desses eixos, encaminhamentos concretos que viabilizassem a elaboração de planos de ação por estado, inserindo tal discussão em pautas estaduais e municipais por um lado e, por outro, produzindo ferramentas para a formação de uma rede efetiva, que tivesse a habilidade de problematizar a si mesma, avaliando e encaminhando mudanças concretas. Trata-se da criação de estratégias para lidar coletivamente com as dificuldades contextuais; da oportunidade de se conversar sobre esses outros modos de fazer intervenção.

Tais discussões produziram alguns desdobramentos interessantes, como a inserção do tema nos cursos de formação da PNH em alguns estados e a criação de espaços de discussão/construção de políticas estaduais para os trabalhadores da saúde. Em todos os casos, tivemos uma intensa participação dos CEREST's e dos trabalhadores com alguma inserção na PNH, o que indica, para nós, a pertinência dessa articulação consolidando esse espaço que nos propomos analisar, como produto do apoio.

A concretização desses fóruns tem nos apontado uma via para a realização de um processo de formação que visa à ampliação de autonomia nos/com os coletivos estaduais e municipais, tanto no que diz respeito ao potencial mobilizador da temática quanto à sua própria aposta.

Conseguimos articular um coletivo na Região Norte sem precedentes, com ações concretas nos Estados que tiveram uma inserção contínua. O que nos indica todo esse movimento? Esses encontros se constituem como um potente processo de formação em situação de trabalho e como uma tentativa

de ampliar o debate sobre a saúde do trabalhador do SUS na região. Assim, esta experiência de apoio demonstra a necessidade constante de criarmos estratégias coletivas para a ampliação de autonomia no engendramento dos processos de trabalho. Além disso, aponta, também, para o apoio como um potente processo de formação-intervenção como aposta radical da PNH.

A mesa nacional de negociação permanente e o comitê de promoção da saúde do trabalhador do SUS

A Mesa Nacional de Negociação Permanente (MNNP-SUS) foi criada em 1993, reinstalada em 1997 e, novamente, em 2003. Somente na terceira reinstalação, em 2003, é que conseguiu se manter em funcionamento como fórum paritário no qual gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores discutem e negociam os conflitos inerentes às relações de trabalho no SUS. Esse é o espaço para que as bancadas (sindical e gestores) construam conjuntamente um plano de trabalho e uma agenda de prioridades a serem debatidas em prol da melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e do aprimoramento do SUS¹³.

Após intenso debate de um grupo de trabalho, a Mesa Nacional instituiu, por meio da Portaria GM nº 2.871, de 19/11/2009, o Comitê de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS. No início de 2010, o Comitê passou a se reunir quinzenalmente, com a tarefa de formular as diretrizes para uma política de promoção à saúde do trabalhador do SUS com representantes das seguintes instituições: CNS, CONASS, CONASEMS, Ministério do Planejamento, Ministério do Trabalho, Ministério da Saúde com a Secretaria de Gestão do Trabalho, Secretaria de Vigilância e Secretaria de Atenção à Saúde, dentre outras. Na representação dos trabalhadores, estavam: Federação Nacional das Assistentes Sociais, Federação Nacional dos Farmacêuticos, Federação Interestadual dos Odontólogos, Federação Nacional dos Médicos, Federação Nacional dos Enfermeiros, Federação de Sindicatos de Trabalhadores em Educação das Universidades Brasileiras, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Federal, Federação Nacional dos Psicólogos e Confederação dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal. Havia, também, convidados permanentes, como a Fundação Oswaldo Cruz e Organização Pan-Americana da Saúde.

A PNH, como política de governo, foi, então, convocada para participar desse processo. Buscou imprimir um modo de funcionamento no Comitê que privilegiasse os debates, as controvérsias, de forma que a última palavra não fosse dita, constituindo um espaço de apoio. Privilegiar o debate coletivo nessas reuniões, o fomento da autonomia e da cogestão na construção das diretrizes éticas foi o que perseguimos. Vislumbrávamos a possibilidade de construir um documento que tivesse, como eixo ético-político, a humanização do trabalho em saúde, ou seja, a criação de práticas que, ao funcionarem transversalmente, pudessem intensificar os processos comunicacionais em diferentes dimensões, afirmando e almejando um diálogo sempre inconcluso em meio à diversidade profissional e de vínculos das instituições de saúde.

Por que uma política para a promoção da saúde do trabalhador no SUS?

O Comitê tinha como tarefa propor as diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS, fazendo parte de um processo no Ministério da Saúde na busca por superar a lacuna de conhecimento existente sobre a saúde dos trabalhadores que compõem o SUS. Logo nas primeiras reuniões, indagávamos: do que adocece, padece e morre o trabalhador do SUS? Partíamos de uma ideia bastante difundida nas questões referentes à saúde indígena, na qual a invisibilidade epidemiológica é a principal justificativa para a produção de políticas, pesquisas e conhecimentos numa determinada área.

Durante as reuniões do Comitê, ocorridas no primeiro semestre de 2010, buscou-se debater e construir as diretrizes, além de contextualizar a necessidade de intervir no adoecimento, no absentismo e na construção de estratégias para a promoção da saúde dos trabalhadores do SUS.

O Comitê Nacional fez, então, um levantamento de dados do IBGE^{14,15} que apontam o crescimento

no setor. Em 1980, existiam 18 mil estabelecimentos de saúde e quinhentos postos de trabalho; em 2002, os números de estabelecimentos triplicaram e os postos de trabalho saltaram para mais de dois milhões. Em 2005, a expansão continuou. Segundo o Comitê, os estabelecimentos de saúde totalizaram mais de setenta mil, e já eram mais de dois milhões e quinhentos mil postos de trabalho.

Além disso, o processo de descentralização do SUS promoveu o aumento de serviços e postos de trabalho municipais. Antes da criação do SUS, em 1980, eram cerca de dois mil estabelecimentos que empregavam quarenta mil trabalhadores; já em 2005, o número chegou a quarenta mil estabelecimentos e quase um milhão de postos de trabalho nos municípios brasileiros¹⁵.

Atualmente, a composição nacional da rede de serviços de saúde demonstra que o setor público é responsável por 56,4% dos postos de trabalho, sendo 7% federais, 24% estaduais e 69% municipais.

No Brasil, convivemos tanto com a concentração de profissionais numa mesma região, tal como o Sul e o Sudeste, como com a escassez em áreas de difícil acesso, como na Região Norte. Os dados mais atuais disponíveis são somente da relação médico/habitantes: “no Norte, 1/1.190; no Nordeste, 1/1.027; no Sul, 1/597; no Centro-Oeste, 1/510; e no Sudeste, 1/132”¹⁵ (p. 5), o que indica a fragilidade de conhecimento sobre a quantidade e as características (categoria profissional, idade, sexo, vínculo trabalhista, principais causas de adoecimento, vulnerabilidades, dentre tantos outros fatores) dos trabalhadores que compõem o SUS.

Essa desigualdade provoca desde

[...] maior competição por mercado de trabalho, depreciação salarial [...], necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, jornadas de trabalho prolongadas e contexto desfavorável de negociação com gestor/empregador [como também] carga excessiva de trabalho, isolamento, dificuldade na troca de conhecimento entre os pares, no acesso a cursos e atualizações¹⁶ (p. 6)

Outro aspecto bastante debatido nas reuniões do Comitê refere-se ao fato de as mulheres ocuparem a maioria dos postos de trabalho em saúde. Assim, são necessárias ações concretas para intervir na violência e desigualdades oriundas das relações de gênero.

Em um processo de discussão coletiva sobre as características do trabalho em saúde, o Comitê destacou os seguintes aspectos: “[...] dinâmico, mutável, transforma as pessoas e é transformado por elas. Envolve situações de sofrimento humano, requer tomada de decisões importantes para a vida das pessoas e, no seu cotidiano, o trabalhador depara-se com seus limites, fragilidades e seu próprio sofrimento”¹⁶ (p. 6)

Além disso, os profissionais de saúde convivem com

[...] exposição aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e os relacionados ao contexto social onde se inserem os serviços de saúde; a escassez crônica de recursos materiais e quadro de pessoal insuficiente, a violência no local de trabalho ligada às relações de gênero, ao assédio moral, agressões entre pares, chefias e subordinados.¹⁶ (p. 10)

Mais um fator destacado refere-se aos diversos vínculos empregatícios no SUS, desde o trabalhador estatutário, o celetista, até as cooperativas, os profissionais autônomos, as contratações por organizações sociais (OSCIP's/OS/ONG's), as fundações estatais, os organismos internacionais, etc. Além dos vínculos, as normas trabalhistas, as condições de trabalho, a remuneração, dentre outros fatores, são distintos, e, por vezes, desiguais, com conseqüente construção de diversos sentidos nas relações com o trabalho.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem construindo estratégias e políticas para intervir no campo da Saúde do Trabalhador pelas: Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Na Secretaria de Vigilância em Saúde, a notificação compulsória de agravo sem Saúde do Trabalhador, a criação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador buscam a promoção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador. Segundo a Portaria nº 777/GM, de 28/4/2004, os acidentes

e doenças de notificação compulsória são: acidentes com material biológico, transtornos mentais, dermatoses ocupacionais, lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares, intoxicações exógenas, pneumoconioses, perda auditiva induzida por ruído e câncer relacionados com o trabalho.

A PNH, localizada na Secretaria de Atenção à Saúde, também pode ser incluída como uma dessas políticas voltadas para a questão dos processos de produção de saúde e doença dos trabalhadores do SUS. Propõe mudanças nos modelos de atenção e de gestão vigentes, a partir de diretrizes, como: gestão participativa, que promove a democratização das relações no trabalho; valorização do trabalho e do trabalhador em saúde; e ambiência, entendida como espaço físico, social, profissional, que interfere nas relações dos trabalhadores, logo, nos processos de trabalho. Cabe lembrar, mais uma vez, que um dos princípios dessa Política é fomentar a autonomia e corresponsabilidade entre sujeitos envolvidos na efetivação da rede SUS.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, desde a sua criação, em 2003, tem formulado políticas de gestão, formação, qualificação e regulação do trabalho em saúde no Brasil. A Mesa Nacional de Negociação, o incentivo e apoio às Mesas Estaduais e Municipais e o Comitê de Promoção são alguns exemplos.

As diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, disponibilizadas em consulta pública, para o debate coletivo, no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, articulam-se com essas iniciativas do SUS, que buscam melhorar a qualidade de vida da população trabalhadora. Tais iniciativas visam a construir políticas e ações em consonância com a concepção de Trabalho Decente da Organização Internacional do Trabalho¹⁷, ou seja, aquele adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, capaz de garantir uma vida digna.

Assim, partindo desses dados e reflexões, o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS teve a função de integrar as ações já desenvolvidas na área da saúde do trabalhador do SUS, e propor diretrizes para uma Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

Os desafios na negociação dos processos de trabalho

O Comitê, durante suas atividades, levou as diretrizes à MNNP para discussão, sugestão, aprimoramento e aprovação das bancadas. A pauta da MNNP, além das diretrizes da Política, esteve ocupada com diversos outros assuntos. Das discussões de que participamos durante o ano de 2010, ressaltamos a polarização do debate: bancada de trabalhadores x bancada dos gestores. Os trabalhadores trouxeram reivindicações, tais como: a diminuição de jornada de trabalho; a questão do adoecimento do trabalhador da saúde; a definição de piso salarial, e apoio aos Projetos de Lei que estavam em tramitação no Congresso Nacional, que tratam das jornadas de trabalho por categoria profissional. Já nas discussões pautadas pelos gestores, públicos ou privados, temos: o custo financeiro, caso os Projetos de Lei sejam aprovados; a inviabilidade de o SUS ter piso salarial; e a impossibilidade de diminuir a carga horária dos trabalhadores da saúde (como exemplo, a campanha pelas 30 horas dos profissionais de Enfermagem). A esse respeito, alguns comentários como: "O SUS irá quebrar", "Nem o valor de 2 'CPMFs' são suficientes para arcar o custo da diminuição da jornada de trabalho da Enfermagem" surgiam insistentemente.

Nesse debate, visando à negociação das questões dos processos de trabalho, a polarização das bancadas se expressava por um antagonismo, no mínimo curioso. Não estamos num cenário onde a questão é a saúde pública do povo brasileiro? Como pensar a dimensão coletiva, portanto pública, desse debate, a partir de corporativismos e interesses privados de grupos ou instituições? A dimensão pública da tarefa se perde quando a cena mais importante são as disputas corporativas. Em nosso entendimento, tal polarização não nos ajuda na construção do bem comum, de valores sem dimensão. Não seria o objetivo da MNNP e do Comitê a construção de uma política para todos os cidadãos brasileiros? Qual a efetiva dimensão coletiva dessa construção?

O conceito de trabalho que, na maioria das vezes, comparecia nas discussões aproximava-se da produção de mercadoria – uma coisa, alheia, estranha, sem sentido, distante de experiência, trabalho morto. A atividade de trabalho tomada em sua dimensão quantitativa e monetária, poderosa por sua

comensurabilidade, não era tecida na atividade. Os valores sem dimensão do trabalho, sua dimensão de bem comum, não eram, na maioria das vezes, privilegiados. Os interesses e demandas dos trabalhadores tinham, prioritariamente, uma direção apenas quantitativa e de valor de troca.

Como apoiar para ajudar a fazer com que a MNNP funcione como um efetivo espaço democrático, como se espera na formulação de uma política pública? Apesar de a MNNP ter como objetivo a negociação do trabalho, os posicionamentos e as decisões polarizados em bancadas não contribuíam nesse sentido. Neste campo marcado pelo antagonismo, o trabalhador ocupava o lugar de vítima explorado pelo Estado, e o trabalho, reduzido à sua dimensão de adoecimento. O gestor, por sua vez, estava no lugar do carrasco, preocupando-se somente em movimentar a máquina. Seria essa a melhor forma de construirmos uma política pública, entendida como produção de um plano comum? Coletivo e singularidade se excluem? Em nosso entendimento, o plano comum, plano em que se engendram as políticas públicas, une as experiências múltiplas e diversas dos envolvidos na tarefa de constituição das políticas de saúde. Plano que diz respeito ao que singulariza a atividade sem que possamos reduzi-la à propriedade pessoal de alguém. Estamos nos referindo a um modo de funcionamento que precisa implantar-se de forma a conectar diferentes atores no processo de produção de saúde.

Para tal exercício, é necessário o encontro com um "outro", estabelecendo com ele regime de trocas e construindo redes que suportem diferenciações. Ora, o trabalho em saúde possui, segundo Teixeira¹⁸ "[...] natureza eminentemente conversacional" (p. 585). Assim sendo, a efetuação de práticas que perseguem a construção de políticas de saúde só se faz pela experimentação conectiva/afectiva² e entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho. Não é possível avançar na construção de modos efetivamente democráticos de funcionamento dos serviços de saúde pautados em antagonismos e ressentimentos. Assim, a MNNP, como espaço de discussão das questões do SUS, pode se apresentar como um importante exercício da cogestão para avançarmos nos processos de negociação do trabalho. Entretanto, é importante estar atento a seus modos cotidianos de funcionamento, colocando-se em análise as diferentes implicações dos agentes que a compõem. Lembremos, mais uma vez, que um coletivo nunca está dado; ele se constitui e se fortalece no exercício diário dos debates e das controvérsias que alimentam sua construção.

Tais questões impulsionam e fortalecem a aposta em modos de fazer saúde estimulando trocas solidárias entre gestores e trabalhadores, colocando em análise as implicações com o processo de produção de saúde. Esses princípios ético-políticos se afirmam a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves questões que se atualizam nas relações sociais de trabalho entre sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) envolvidos no processo de produção de saúde.

Considerações finais

No contexto deste artigo, diríamos que a PNH tem buscado, a partir da perspectiva do apoio, em sua participação nesses fóruns coletivos, posicionar-se contra a fragmentação e a desarticulação das ações, intervindo de forma a aumentar o grau de abertura da comunicação entre os diferentes grupos e segmentos. Ao propor o apoio como tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas, objetiva aprimorar e fomentar metodologias de mudanças dos modelos de gestão, trazendo, para o debate, a situação do trabalho do trabalhador do SUS. Apoiar é produzir outros modos de trabalhar que promovam a ampliação do poder de agir desses protagonistas. E outra valorização do trabalho e do trabalhador tem, para nós, o sentido de privilegiar os valores sem dimensão do trabalho em saúde.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília (DF): MS; 2009.
2. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):561-71.
3. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Supl 1:493-502.
4. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do SUS. *Rev Saude Publica Santa Catarina*. 2008; 1(1):92-100.
5. Neves CAB. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(6):1995-6.
6. Barros MEB, Benevides RB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho S, Barros MEB, organizadores. *Trabalhadores da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde*. Ijuí: Unijuí; 2007. p. 61-72.
7. Campos GWS. *A reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
8. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
9. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: Bendassolli PF, Sobol LAP, organizadores. *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2010. p. 138-45.
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cartilha: gestão participativa e cogestão. Brasília (DF): MS; 2007.
11. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): MS; 2008.
12. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
13. Ministério da Saúde. Mesa nacional de negociação permanente [Internet]. Brasília (DF): MS; 2014 [acesso 2014 Mar 10]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/491-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/esa-nacional/l1-mesa-nacional/10045-mesa-nacional-do-sus>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Brasília (DF): IBGE; 1980.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*. Brasília (DF): IBGE; 2002.
16. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS: contextualização das diretrizes nacionais de promoção à saúde do trabalhador do SUS. Brasília (DF): MS; 2010. Material não publicado.
17. Organização Internacional do Trabalho. *Actividades de la OIT en las Américas 2003-2006*. Genebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2006.

18. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2003. p. 89-111.

Silva FH, Barros MEB, Martins CP. Experimentaciones y reflexiones sobre el apoyo institucional en salud – trabajo a partir del HumanizaSUS. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(55):1157-68.

Las cuestiones y reflexiones que componen este artículo fueron construidas a partir de recorridos de consultores en la Política Nacional de Humanización del SUS en las discusiones con trabajadores en el campo de la salud. Presenta experiencias de formación y debates con Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) de la Región Norte del país y la participación en el Comité Nacional de Promoción a la Salud del Trabajador del SUS y en la Mesa Nacional de Negociación permanente del SUS. Formula algunas preguntas sobre la temática Salud-Trabajo, con la intención de contribuir en ese debate al señalar las apuestas y propuestas realizadas por la PNH en experimentos en el SUS. La creación de estrategias colectivas para enfrentar los desafíos contextuales e intervenir, considerando el trabajo como proceso, puede ampliar el poder de actuar de colectivos de trabajadores en el campo de la salud.

Palabras clave: Apoyo institucional. HumanizaSUS. Trabajo en salud. Salud laboral.

Recebido em 18/06/13. Aprovado em 20/09/14.