

O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito

The “moral worker” in health: thoughts about a concept

El “trabajador moral” en el campo de la salud: reflexiones sobre un concepto



Luiz Carlos de Oliveira Cecilio¹

A mentira do ideal
se torna a maldição
suspensa acima da realidade
(Nietzsche apud Guatarri, 1992, p.133)

Ao se discutir uma teoria da ação, na perspectiva da gestão em saúde, dois cuidados devem ser tomados. O primeiro é o desvio funcionalista, digamos assim, de enxergar o trabalhador pelas “funções” que exerce dentro da organização. O termo “recursos humanos” é a tradução da concepção funcionalista: definições rígidas de atribuições, papéis e perfis ideais. Não há atores, há papéis: o homem reduzido a um dos recursos necessários para o sistema funcionar. Visão instrumental do homem que atravessa toda a Teoria Geral da Administração e suas “escolas” e ainda sobrevive em parte expressiva da produção dos autores que escrevem sobre gestão em saúde (Lins, 2004). Falar em “gestão de pessoas” é uma expressão de tal concepção - gestão de material, gestão de medicamentos, gestão de pessoas.

O segundo cuidado é não tomarmos, como a problemática, a existência do que estou designando, neste texto, como “trabalhador moral”. O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, nas sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam.

¹ Médico; doutor em Saúde Coletiva; professor, departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. Campinas, SP. <cecilioluiz@uol.com.br>

Nesta perspectiva, mudanças na forma de se organizar o cuidado seriam quase a consequência “natural” do contato dos trabalhadores de saúde com determinados conceitos que vão sendo produzidos por um certo “pensamento crítico”. O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal idéia possa parecer, à primeira vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator desistorizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações. Utilizo o conceito de trabalhador moral *não* como antônimo de trabalhador amoral ou imoral, mas no sentido de pensar trabalhadores que estariam “moralmente comprometidos” com determinados projetos, na medida em que justos e necessários na avaliação de quem os formula.

O trabalhador moral, na concepção que estou utilizando, disputaria seus próprios projetos, sentidos, desejos, nos espaços públicos constituídos para tanto (Campos, 2000; Cecílio, 1994), nos quais abriria suas práticas e as submeteria ao crivo dos coletivos, e não mais teceria e circularia por uma complexa rede de relações humanas que escapa a toda pretensão de controle e visibilidade. Ou, no mínimo, tal rede de relações ficaria como que “subsumida” à lógica “publicizante” construída em tais espaços coletivos. Algo como se as seis funções administrativas pensadas por Fayol (1968) (administrar, prever, organizar, comandar, coordenar e **controlar**) pudessem ser deslocadas, integralmente, do sentido vertical em que tradicionalmente são pensadas, para outro mais horizontalizado, normativo, compartilhado, produtivo, nos espaços coletivos de gestão. O trabalhador moral seria, então, aquele trabalhador ideal(izado) prescrito pelo grande olho (o “coletivo”) que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária “publicização” das relações organizacionais, por mais que tal idéia possa nos chocar. O trabalhador moral seria, assim, um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais. Vistos atentamente, o homem funcional e o trabalhador moral quase se equivalem.

A questão é que tal concepção funcional/moral é um problema, entre outras coisas, porque não há arranjo institucional, por mais público e coletivo que seja, que consiga capturar ou circunscrever a complexidade das relações institucionais. Por mais que se deseje, como parte de um projeto ético-político, superar formas verticais de controle, consideradas “autoritárias”, por outras de cunho mais normativo e horizontalizado. Algo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional.

Entre os conceitos formulados por determinados atores (no caso, os intelectuais/gestores) e a prática (a micropolítica do trabalho em saúde), há sujeitos que formulam (conceitos e contraconceitos, digamos assim), sujeitos que disputam, sujeitos que, no caso da saúde, por exemplo, no mais das vezes, tomam muito mais suas corporações como referência para suas práticas do que aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como suas diretrizes (D’Ascenzi, 2006; Cecílio & Mendes, 2004).

Muito longe de ser uma ‘caixa vazia’, cada trabalhador e cada usuário tem idéias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. (Helman, 2003, apud Feuerweker, 2005, p.14)

Quase sempre, ao avaliarmos o que acontece com “nossos” projetos em espaços governamentais, quando ocorre o inevitável troca-troca de dirigentes, afirmamos com pesar: “destruíram tudo, destruíram nosso projeto”. Destruíram mesmo? Destruíram o quê? Que mudanças reais teriam ocorrido na micropolítica, no sentido da construção de

novas relações entre os trabalhadores e de novas formas de se fazer o cuidado? Quanto os conceitos contidos nos nossos “modelos ou métodos” foram traduzidos em novas práticas? Que mudanças foram essas que mal resistem à mudança de um gerente ou de um gestor? Não será este nosso espanto, uma confirmação de quanto temos superestimado o poder de induzir mudanças com base em nossas formulações, ou, o que dá no mesmo, subestimado o poder “contra-instituinte” dos trabalhadores, se a referência é o “nosso” projeto?

Se deixarmos de lado o “trabalhador moral” ou o trabalhador funcional, por entendermos que estes são conceitos insuficientes, o que colocaremos no lugar?

Vou me utilizar de uma síntese que Merhy (2002, p.14-5) faz em seu livro “Cartografia do trabalho vivo”, para seguir minha reflexão.

De fato, somos e não somos sujeitos, ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Instituídos e instituintes. Parto do princípio que somos, em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança de mudanças. *Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentido, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, muito conservamos.* (grifos meus).

Campos (2000, p.27) nos lembra que “*não há um sujeito completamente instituído, por mais enquadrado que ele possa estar em uma dada situação. Sempre haverá brechas, rachaduras e fluxos irreprimíveis*”.

Há, em Nietzsche (1992, p.132), uma belíssima passagem que também ilumina esta discussão:

Estamos envoltos numa severa malha de deveres, e dela não podemos sair – nisso precisamente somos, também nós, ‘homens do dever’! Ocasionalmente, é verdade, dançamos com nossas ‘cadeias’ e entre nossas ‘espadas’; com mais freqüência, não é menos verdade, gememos debaixo delas e somos impacientes com toda a secreta dureza do nosso destino.

Há uma evidente convergência entre os autores citados. Neles, identifico como reconhecem que há sempre uma margem de liberdade e autonomia para a ação humana: conseguimos dançar, mesmo com nossas cadeias e entre nossas espadas. Para Nietzsche, dançamos ocasionalmente; eu penso que dançamos sempre, mesmo nos exíguos espaços que parecem nos sobrar entre tantas “determinações”, tantas relações de poder, tantas normas e regras. Os trabalhadores dançam sempre, tantas vezes impacientes com a secreta dureza de seus destinos. E como poderíamos escutar seus gemidos, se estivéssemos abertos para isso! E mais - aqui penso ser o ponto que quero reforçar, pois é central na minha reflexão: dançam, mas nem sempre conforme a música que a direção toca. São instituintes o tempo todo, de novas institucionalidades que não são, necessariamente, as portadas pelos conceitos que estamos tentando traduzir em novas práticas. Ou, para seguir com o que Merhy aponta com agudeza, utilizam-se de sua liberdade para reproduzir instituídos que, muitas vezes, são a reprodução de formas de se fazer o cuidado que, exatamente, pensamos em transformar.

É aqui que focalizo minhas reflexões. Os sentidos das mudanças operadas, ou, o que é muito freqüente, dos instituídos reproduzidos pelos trabalhadores instituintes não são, necessariamente, coincidentes com o que nós, muitas vezes, queremos imprimir. O trabalhador moral/funcional seria, exatamente, aquele trabalhador cuja margem de liberdade, entre cadeias e espadas, se pensa ser possível expropriar. Então, temos de

estar atentos para, por conta de nossos projetos “justos e necessários”, não cairmos na tentação de tentarmos fazer essa captura. Sempre me agradou uma frase de Agostinho Neto, ex-presidente de Angola, que ficava escrita, em letras douradas, na parede do gabinete de um ex-secretário de saúde de Campinas (o Dr. Sebastião Moraes), e ilustra bem o que quero dizer: “*não basta que seja justa e pura nossa causa, é preciso que a justiça e a pureza habitem dentro de nós*”.

Penso, então, que, para nós que, direta ou indiretamente, nos ocupamos da gestão em saúde, trata-se de assumirmos a existência desse espaço de liberdade irredutível dos trabalhadores de saúde, produtor de sentidos que, muitas vezes, são a reprodução de instituídos, que, afinal, parecem ir na direção oposta às propostas que julgamos inovadoras e necessárias. Por outro lado, sabemos que, se as práticas dos trabalhadores comportam sempre uma margem de liberdade, também são muito marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais. Cabe, aqui, o problema teórico, caro à sociologia, de esclarecer a relação entre uma teoria da ação e uma teoria do sistema, qual seja, de pôr em relação e integrar entre si essas duas estratégias conceituais que correm em sentidos opostos; a primeira com ênfase na liberdade e nos sentidos dados pelos atores para sua ação, a segunda, enfatizando as “macrodeterminações” sociais (Domingues, 2001).

A pergunta poderá soar grosseira: *o que fazer com a liberdade e autonomia que desfrutam, em graus variados, todos os trabalhadores de saúde, sem tentar capturá-las, às vezes de forma sutil e travestida em novos dispositivos de controle “democráticos e participativos”?* Sabendo que os movimentos instituintes dos trabalhadores, muito freqüentemente, não se dão com os sentidos que nós desejamos, como resistir à tentação de experimentar novas “espadas” e “cadeias” para conseguir sua adesão à “nossa causa” tão justa e necessária?

Por essa razão penso que o ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, deva ser a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos muitos prescritivos de se fazer a gestão. *Os dispositivos de gestão*, se é que podemos chamá-los assim, *são o próprio ato de interrogar*. Talvez o mais difícil seja não pretender penetrar nesse mundo já armado com fórmulas, definições prévias de modelos, métodos ou arranjos de intenções “democratizantes”, e conseguir construir uma postura de interrogação do mundo do trabalho, no seu dia-a-dia concreto. Penso, cada vez mais, que *interrogar é o “método”*, em sentido aproximado ao utilizado por Castoriadis (1982, p.23), quando afirma que “*o método, no sentido filosófico, é apenas o conjunto operante de categorias*”. Então, é necessário que tenhamos o cuidado de não levar prontas, sistematizadas, encadeadas, categorias incrustadas em modelos ou métodos, mas (des)construir categorias/conceitos/sentidos no encontro dialógico, tenso, com o outro, também produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas. O uso, portanto, de conceitos em movimento.

Trata-se, então, com atores em ação, de criar e operar novas categorias e conceitos, que façam sentido para suas práticas, com base nessas práticas, num sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde (Ceccim, 2005; Haddad et al., 1994). Nós, que fazemos a gestão, que ocupamos algum lugar de Governo ou conduzimos alguma “intervenção” institucional, também não somos “folhas em branco”, não somos portadores de qualquer neutralidade axiológica. Interrogamos a partir de determinados lugares, disputando, também, “nosso projeto”, que entendemos como justo e necessário. Temos o direito e a obrigação de apresentar nossos “textos”, prenes de conceitos/categorias/sentidos. Mas, assumamos que nosso texto - nós, que ocupamos o lugar de gestor/Governo - admite ser misturado a outros para compor um novo, muitas

vezes surpreendentemente diferente dos que portávamos antes do encontro. Não há, nunca, um texto prévio pronto que possa advogar, para si, o estatuto de ser o melhor ou o único. Uso, aqui, o termo “texto” no mesmo sentido empregado quando eu falo que m(eu) texto só existe pelo meu convívio, intenso e prolongado, com Gastão Campos e Emerson Merhy, entre tantos outros atores/autores - mesmo que, cada vez mais, anônimos na minha memória, com o transcorrer do tempo - cujos livros/textos vão fazendo a tessitura do que eu sou, penso, escrevo. Meus livros ocultos, meus livros explícitos, meus livros-espelhos (Cecílio, 1994).

Melhor abandonar, de vez, a pretensão de impor uma determinada racionalidade única aos serviços, ademais impossível, e resistir à tentação ou prepotência de supor que a qualidade do cuidado esteve, até agora, em estado latente ou suspensa no ar, como uma virtualidade a esperar o adubo de nossos conceitos para brotar e florescer. Já existe qualidade do cuidado antes de nós. Já há aspectos da qualidade sendo exercidos no espaço de encontro trabalhador-usuário. Há outras formas de cuidado que, mesmo não sendo exatamente as que consideramos serem as melhores, são também cuidadoras. Para sermos coerentes com a concepção de autonomia que advogamos para as pessoas de quem cuidamos, é bom não esquecer que elas também são protagonistas, tanto na definição do cuidado que desejam, quanto interferem ativamente na forma como ele é feito. Assim, o espaço intercessor trabalhador/usuário (Merhy, 2002) é, desde sempre, um espaço onde o cuidado assume configurações mutantes e inesperadas pelo protagonismo dos atores envolvidos. Tais configurações múltiplas, singulares e imprevistas, às vezes surpreendentes, fogem de qualquer pretensão de controle e, o mais importante, transbordam, sempre, definições muito fechadas (e heterônomas) sobre o que seria a forma correta de se fazer o cuidado.

Parece-me não ser totalmente inadequado cunhar o conceito de “usuário moral”, por homologia com o de “trabalhador moral”, para designar a forma como temos visto aqueles que usam nossos serviços. Este é outro aspecto que me parece crucial para a inovação na gestão em saúde. No espaço mais duro de uma sala de tomografia pode surgir o gesto do genuíno cuidado, fruto da empatia espontânea que brota entre o operador do aparelho e o “paciente”. A pessoa que passa por uma bateria de exames invasivos e dolorosos – pura tecnologia dura! –, mesmo quando operados com frieza e impessoalidade, pode se sentir calorosamente bem cuidada. Para ela, na sua subjetividade e no seu modo de representar o mundo, pode estar experimentando o sentimento de estar sendo bem cuidada, e que todo aquele sofrimento significa a esperança de cura ou de uma sobrevida melhor. Aquele que é cuidado também dá sentidos para os atos do cuidador, que podem escapar, na sua singularidade, à pretensão de normalização “desde fora”, no sentido de pretender dizer o que seja “o bom ato cuidador”, em geral definido pelos que cuidam ou fazem a gestão. Tal fato é apontado, em sentido semelhante, pelo que tem sido chamada de quarta geração de avaliadores, qual seja, aquelas formas de avaliação que metodologicamente garantem a inclusão dos interessados ou, em princípio, beneficiários do cuidado no processo avaliatório (Furtado, 2001).

Tais considerações não nos podem conduzir a uma posição de relativismo ou de um *laissez faire* inseqüente. Não dá para negar que há desenhos de fluxos, rotinas, de articulação entre serviços, de normas e regras, de oferta de tecnologias, de padrões mínimos de competência dos trabalhadores, que são fundamentais para a qualificação do cuidado. Mas, aqui, voltamos a falar de trabalho morto, voltamos a falar das determinações e sobredeterminações que, no final das contas, demarcam, de alguma forma, os limites de liberdade de ação do trabalhador de saúde. Aqui voltam a aparecer as hierarquias, as relações de poder marcadas pelos saberes e voltamos a falar da **organização**, inelutavelmente presa a uma lógica instrumental, parte de um processo mais amplo de racionalização da sociedade que, pelo menos, desde os acertados vaticínios de Weber, tem se mostrado crescente.

Assumindo a incontornável racionalidade instrumental que coloniza as organizações, que cobra, de forma inapelável, práticas de controle e objetivação por parte de quem ocupa funções gerenciais ou de “chefia (e não vai, aqui, nenhum julgamento moral...), seja lá qual for o seu “projeto”, é possível pensar a gestão na saúde, numa perspectiva libertária e inovadora? Ou seria esta uma contradição em termos? É possível inventar um novo modo de exercer a “função administrativa”, no sentido dado por Henri Fayol há um século, que não seja a busca permanente de controle dos autogovernos dos trabalhadores, na medida em que esses nem sempre caminham na direção dos “objetivos organizacionais”? Imperativo do controle, seja por meio de práticas explícitas, verticais, seja por intermédio de mecanismos menos evidentes, “participativos e democratizantes”. Controle, sempre presente, o fundamento último do “mal-estar organizacional”...

Trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida, a cada dia, nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional. Sua autonomia referenciada, da forma mais plena possível, à autonomia do outro - um encontro de autonomias.

Últimas interrogações para concluir o texto: será possível, numa prática gerencial libertária e inovadora, ir além das seis funções administrativas pensadas por Fayol, realizando uma revolução copernicana nos modos de se fazer a gestão? Haveria uma sétima função gerencial a ser inventada? Como enunciar essa nova “função administrativa”? Ela poderia ser praticada nas organizações tais como as conhecemos hoje? O anti-Fayol é possível?

Referências

- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.161-8, 2005.
- CECILIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde Soc.**, v.13. n.2, p.39-55, 2004.
- D’ASCENZI, L. **Cultura e mudança em organizações**: uma análise etnográfica e dialógica da reestruturação pelo Método da Roda nos centros de saúde de Campinas. 2006. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- DOMINGUES, J.M. **Teorias sociológicas no século XX**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- FAYOL, H. **Administração industrial e geral**. São Paulo: Atlas, 1968.
- FEUERWEKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.
- FURTADO, J.P. **Avaliação como dispositivo**. 2001. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GUATARRI, F. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Ed.34, 1992.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C. (Eds.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS, 1994 (Série de Desarrollo Recursos Humanos, 100).

LINS, A.M. **Produções teóricas na área de gestão e avaliação em saúde**: o esforço de construção de um novo paradigma. 2004. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

NIETZSCHE, F. **Além do bem e do mal**: prelúdio a uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia de Letras, 1992.

O autor busca contribuições das ciências humanas e de autores da saúde para apresentar uma determinada concepção da teoria da ação, que entende como fundamental para a compreensão não idealizada da micropolítica em saúde, e seus desdobramentos para o processo de gestão. Constrói o conceito de “trabalhador moral”, como correlato da visão do “homem funcional”, alertando para o risco de atores em situação de governo ou em algum processo de “intervenção” organizacional, engajados no processo de construção do SUS, assumirem uma visão objetivante e instrumentalizadora dos trabalhadores de saúde, subestimando seu protagonismo e sua força instituinte, produtora de sentidos que, nem sempre, são os desejados pelos dirigentes, por mais justos e necessários que sejam.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde. Trabalho. Serviços de saúde.

The author searches for contributions from the fields of Humanities and Health to present a certain action theory concept, which is perceived as being essential for an unidealized understanding of health micropolitics and its outcome for the management process. He builds the concept of “moral worker” as a correlate asset concerned with the view of the “functional human being” to call one’s attention for the risk taken by actors found either in the governmental situation or in any organization “interventionary” process, and engaged in the building process of the Brazilian National Health Service (SUS), of taking up an objectivistic and instrumental view of health workers, underestimating their protagonism and their institutive power, which is capable of producing senses that not always are the ones required by the leaders, regardless of their fairness and indispensability.

KEY WORDS: Health management. Work. Health services.

El autor busca contribuciones de las Ciencias Humanas y de autores de la salud para presentar una determinada concepción de la teoría de la acción, que considera fundamental para la comprensión no idealizada de la micro política en salud y sus implicaciones para el proceso de gestión. Construye el concepto de “trabajador moral” relacionándolo con el de la visión del “hombre funcional”, llamando la atención respecto al riesgo de que los actores en situación de gobierno o en algún proceso de “intervención” organizacional, como el proceso de construcción del Sistema Único de Salud (SUS), asuman una visión objetivada e instrumentalizada de los trabajadores de la salud, subestimando su protagonismo y su fuerza instituyente, productora de sentidos que no coinciden siempre con los deseados por los dirigentes, por más justos y necesarios que estos sean.

PALABRAS CLAVE: Gestión en salud. Trabajo. Servicios de salud.

Recebido em 30/03/06. Aprovado em 13/12/06.