

Análise coletiva do trabalho em saúde, cogestão e protagonismo dos trabalhadores: dimensões indissociáveis de intervenção na PNH

Collective analysis of work in health care, participatory management and protagonism of workers: indissociable dimensions of intervention PNH

Análisis colectiva del trabajo en salud, cogestión y protagonismo de los trabajadores: dimensiones indisociables de intervención en la PNH.

Partindo de uma proposta em construção ou, como preferimos, uma abordagem em experimentação, agradecemos a Jussara Brito e Denise Pires pelo debate que se abre, apontando as ricas perspectivas quanto aos caminhos que podem ser articulados e potencializados nas análises do trabalho em saúde no âmbito do SUS.

Considerando as limitações próprias destes espaços de debate, aqui retornamos priorizando pontos que julgamos mais importantes no sentido de continuar no entrelaçamento da conversa.

Começo agradecendo a Jussara Brito por ela demarcar um contexto que nos é muito caro nesta jornada de desafios: por um lado, recoloca e complementa os autores e referenciais históricos que nos inspiram e orientam nas análises coletivas do trabalho e, por outro lado, passando pelo histórico das abordagens que já vêm sendo realizadas no Brasil, cenário no qual Jussara é uma das pesquisadoras de referência. Nesse contexto ela situa as nossas experiências voltadas para o trabalho em saúde. Esse tem

sido nosso foco de análise-intervenção, com o cruzamento de métodos que possibilitem aproximações com os espaços/processos de trabalho em saúde e buscando um tipo de interlocução que se instaura *com* os próprios trabalhadores experimentando mobilizações como coletivos que se põem a analisar seu próprio fazer e fortalecendo-se como sujeitos de reflexão-intervenção.

Com esse foco de abrangência e direcionalidade, partilhamos da compreensão de Jussara em afirmar que o ponto comum entre as experiências já desenvolvidas no país e a estratégia que apresentamos (adotada na PNH) é a concepção de *trabalho como atividade*. E para melhor estabelecer as relações entre metodologias, também concordamos com Jussara sobre a pertinência de “localizar o dispositivo de análise do trabalho em curso na PNH no universo de iniciativas já propostas e desenvolvidas no Brasil” (mesmo que nem sempre voltado para a saúde), enfoque metodológico a ser melhor articulado em outras oportunidades, já que aqui o destaque foi mesmo para a descrição de um caminho

metodológico, ele mesmo produtor dos eixos que se tornam representativos das várias questões emergidas das experimentações efetuadas.

Aqui reafirmamos ou destacamos os pontos essenciais para a compreensão dos elementos agregados neste ‘caminho’, ajudando a ir tecendo o fecundo diálogo iniciado.

Além dos referenciais que vêm nos ajudando a entender o *trabalho como atividade* e com isso realizar pesquisa-intervenção, mais recentemente começamos a experimentar o aprofundamento de análises com trabalhadores *dos/nos* serviços de saúde a partir da *estratégia de apoio institucional*. Essa é a estratégia que a PNH propõe para ‘*se estar*’ com certa regularidade com os trabalhadores-gestores do SUS nos seus espaços de trabalho, aí disparando movimentos para que esses atores constituam-se como sujeitos/coletivos em atitudes de *cogestão* (*aprendendo* esse processo com a própria experimentação dele), e nesse contexto *analisando o trabalho*, ação que consideramos sustentadora da prática de cogestão, de corresponsabilização e de novos posicionamentos mediante a realidade vivida, assim configurando-se como uma atitude de análise-intervenção.

Procedemos então a um movimento para localizar a discussão do trabalho (como *atividade*) na esfera da *gestão institucional* e almejando que se institua *processos de cogestão*. A perspectiva do apoio institucional comporta os princípios e diretrizes estruturantes da Política de Humanização, interessando especialmente o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão e a diretriz de cogestão. Pelo princípio

referido, articula-se a compreensão de que os modos de cuidar e ‘prestar atendimento’ são indissociáveis dos modos de se pensar como trabalhadores, (re)viendo seus modos de organização, transformando realidades e transformando-se como sujeitos – produção de saúde e produção de subjetividades protagonistas¹. E pela diretriz de cogestão articula-se a discussão dos elementos que perpassam os processos e relações de trabalho – saberes, poderes e afetos^{1,2} –, buscando um aprofundamento da análise desses elementos como sendo (também) imanentes no trabalho que se exercita como atividade.

Ao se fazer convergir esses referenciais, convoca-se à reflexão sobre os (indissociáveis) âmbitos de questões implicadas no trabalho em saúde, trabalho que na atualidade é de uma grande complexidade quanto ao que se coloca/exige em termos de habilidades e saberes (‘velhos’, ‘novos’, ‘inovados’, ‘diferentes’, ‘nucleares’, ‘ampliados’, etc) e como os trabalhadores (envolvendo as “dramáticas do uso de si”, como lembra Jussara, baseada em Schwartz) usam, mobilizam, cruzam, (re)inventam, valorizam, compartilham tais saberes, vivências e habilidades na (re) organização/gestão dos processos e práticas sanitárias. E como esse movimento resulta em um “ambiente vivível” (para os trabalhadores), isso aqui ressaltado num sentido ampliado, articulado à idéia de serviço útil em Zarifian^{3,4}, percebido como válido por ser transformador das condições de existência dos próprios trabalhadores e demais atores da produção em saúde (usuários e gestores). Vislumbra-se então a análise do que esteja sendo produzido como um ‘vetor de processos-efeitos’ em direção a um espaço/contexto de produção

de saúde em que trabalhadores (e gestores e usuários) sintam-se *'incluídos'* e *'pertencidos'* na medida em que se percebam engajados (e considerando válido) em esforços para busca de equilíbrio/articulação de necessidades e interesses múltiplos (no cotidiano da organização e gestão do trabalho).

Esse cenário traz em si a perspectiva de “avaliação de utilidade” no sentido abordado por Zarifian⁴ e estreitamente relacionado à idéia de *inclusão* na PNH, conceito que indica-induz a uma condição de protagonismo dos sujeitos (trabalhadores e usuários) na própria construção dos critérios (de julgamento) do que percebe como consequência/efeito do trabalho/serviço em suas condições de vida/existência/atividade. Aparentemente simplificado, na verdade esse tipo de avaliação provoca uma complexa e profunda exploração acerca do conceito de resultados, que são considerados válidos quando proporcionam uma “utilidade nova”. Comporta ainda a perspectiva da “avaliação estética”, no enfoque que Jussara Brito bem coloca, e aqui nos interessando enfatizar o que Zarifian⁴ associa a esse conceito, como ocorrência de transformações no sentido de “arranjos emocionais e éticos”, como produção de “rearranjos no universo pessoal, subjetivo”, com potencial de modificação de conduta na vida das pessoas. É para o autor uma avaliação que “se exerce na tessitura dos afetos, das emoções”.⁴

Um dos principais desafios que buscamos inserir no arcabouço discursivo da PNH é o que se refere à *'conversa'* sobre os sentidos do trabalho na atual conjuntura, em que os trabalhadores manifestam tanto descontentamento, tanta *'desconfiança institucional'* e mesmo certa *'desesperança'*

(sensações, em parte, associadas ao não reconhecimento de seu trabalho e, em um tanto, a frustrações por conviverem com *'muitas faltas'* que a instituição/o *'outro'* não tem conseguido cobrir para manter a regularidade do serviço, mas também frustrações decorrentes da idealização que se faz do trabalho em saúde⁵, como se sempre na expectativa de um perfeito equilíbrio a ser perseguido – e nunca se alcançando). Essas são percepções que partem das aproximações rotineiras que temos com os trabalhadores em campo, o que serve também como bom âmbito de observação sobre as dificuldades (político-metodológicas) tanto dos trabalhadores como dos gestores (nesse caso, gerentes dos serviços) em abrir passagem para discussões nesse foco. E essa complexa conversa coloca para a PNH a premência de se aprofundar nos referenciais que vários importantes autores já exploram acerca dos fatores intervenientes na relação que os trabalhadores estabelecem com o trabalho. Entre esses autores, é importante aprofundar no que Zarifian⁶ aponta como valores mobilizadores dos diferentes interesses (pessoais e profissionais) e o que Dejours (ressaltado por Jussara Brito) situa em sua ampla produção no campo da psicodinâmica do trabalho. Esses autores demonstram o quão ampliado é o leque de variáveis que interferem nas relações estabelecidas com o processo produtivo, ajudando-nos a superar interpretações que abordam as *'motivações'* (acerca do trabalho) numa perspectiva abstrata e externa ao trabalho. Daí nosso esforço em atrelar a discussão do trabalho no contexto da gestão institucional, explorando-se as modalidades (instituídas) de trabalho/gestão e abrindo eixos investigativos sobre a potência dos sujeitos em meio à força da

institucionalização.

É por esse viés que vislumbramos a possibilidade ou necessidade de inserção de tal debate na esfera do *público*, não exatamente identificado à idéia de Estado ou Governo, mas na concepção trazida pela PNH de que os espaços institucionais da saúde precisam ser atravessados pelo desafio de se (re)constituírem como espaços *coletivos*, plano (do coletivo) que se considera como efetivamente capaz de produzir *políticas públicas* (concepção abordada em profundidade por Benevides e Passos¹ na demarcação da PNH como política pública, isto é, “política dos coletivos”, dentro do Estado, mas com ele em permanente tensionamento). Vale ressaltar, novamente concordando com Jussara, o quão imprescindível é o debate sobre as “potencialidades e limites” desta proposta no âmbito dos serviços públicos de saúde, considerando a história da “formação social” brasileira e a “atual conjuntura”. Salientamos que, mesmo com um curto período de experimentação ‘formal’ desses processos na PNH (a partir de meados de 2000), tal proposta é alvo de intensa discussão na complexa (e ainda incipiente) discussão da PNH sobre a questão de sua ‘institucionalidade’ (desafios e riscos nisso envolvidos, sobretudo em não se deixar capturar pelos moldes tradicionais de implementação vertical e prescritiva de programas, como é comum na máquina do Estado). Mas aqui é importante reafirmar que o marco teórico-político da PNH nos convoca a tomar os problemas afetos à tradicional forma de organização social do sistema de saúde brasileiro e sua adversa conjuntura atual (de intensos paradoxos, contradições e precarização) mais como um ‘terreno’ e ponto de partida para o desafio de intervenções desta

natureza, do que como um fator limitador de sua experimentação (evidentemente o que não significa que não haja limitações quanto a alguns âmbitos de ‘resultados’).

A aproximarmos ou inserirmo-nos nesse ‘terreno de adversidade’ o que mais tentamos aprender/apreender/explorar (coletivamente) são os ‘marcadores’ do que seja o exercício do protagonismo e autonomia dos trabalhadores (na singularidade daquele meio adverso). E o que temos encontrado pode ser categorizado em uma multiplicidade de atitudes protagônicas, inclusive na direção de “potência de compreensão das necessidades dos usuários”, que Jussara menciona a partir das pesquisas que acompanha. Por outro lado, essas atitudes e esses “movimentos criativos” e de reinvenções no cotidiano (e que fazem a instituição funcionar) estão assumindo um tom de ‘pouca importância’ na fala usual do trabalhador, ele próprio remetendo esses atos/fazeres a um âmbito de ‘menos valia’ e de ‘esforço doloroso’ (sobreimplicado?). Ao se explorar com mais profundidade esses ‘sentimentos’ dos trabalhadores, observamos que (em parte) isso se explica porque vivenciam/percebem suas atitudes/práticas como esforços solitários, sem reconhecimento nem solidariedade institucional (nem dos pares) e em meio a situações de precarização que vão se cronificando sem respostas a algumas de suas necessidades ou pedidos reiteradamente feitos e não satisfeitos. Mas, ainda por outro lado, comportam-se com certa passividade ou paralisia em uma vivência/percepção solitária e individual desse processo, denotando o quão comprometida encontra-se sua capacidade de mobilização coletiva (de análise e intervenção) em torno dessas

situações vividas. Na verdade, então, como diz Jussara, “movimentos astuciosos e criativos por parte dos trabalhadores já estão em curso, em princípio não precisando ser estimulados, mas fortalecidos enquanto potência de vida.” Entretanto, há que ressaltar que no trabalho atual em saúde vivem-se (excessos de) pressões, controle (e prescrições) que têm oprimido, desvalorizado e desestimulado os movimentos e a potência dos coletivos. (Infelizmente não podemos aqui nos estender com os vários indicadores-analisadores que ilustram essas relações, e que talvez possam ter sua análise aprofundada também a partir das discussões de Foucault em torno do biopoder e na perspectiva trazida por Canguilhem⁷ acerca da normatividade da vida).

Esse é o contexto/situações (de adversidade) que, reafirmamos, tomamos como terreno, colocando-nos cuidadosamente no seu ‘*entre*’ para ajudar a disparar movimentos e reposicionamentos. Na espiral que vai-se configurando o processo de idas e vindas em atitudes ora mais queixosas e passivas, ora mais ativas e autônomas, *ou nos diferentes tipos de resistência*, um dos rumos exitosos na perspectiva do protagonismo é a possibilidade que vai-se abrindo de, como coletivos, os trabalhadores irem instituindo um outro modo de ser e de estar em seu trabalho, numa atitude de *vigilância* que se inova como um modo coconstruído de cuidar do/no trabalho.

Esses são os contextos nos quais temos tentado explorar a dimensão de protagonismo no processo de trabalho/gestão em saúde, na direção da radicalidade a que Jussara nos convoca, radicalidade que, na PNH, vem com a ‘meta’ de *inclusão* efetiva, potente, dos sujeitos, na análise e decisões, engajando-

se com a produção coletiva de sentidos, isso sendo um dos principais efeitos esperados com o *movimento* de análise do/no trabalho no âmbito da gestão. Mas esse também é o contexto de desafio que se nos apresenta na perspectiva teórico-prática, levando em conta que se trata de uma proposta inconclusa e sempre tensionada nos pressupostos ético-estético-políticos da PNH.

E é no âmbito desses ‘pressupostos-PNH’ que retomamos o debate com Denise Pires. Seus comentários nos indicam a necessidade de melhor esclarecer o marco teórico-político da PNH, que se propõe como política de análise-formação-intervenção no cotidiano dos serviços de saúde, isto é, com os coletivos em seus espaços de trabalho, e nesta ‘função’ (contexto formativo-interventivo) experimentada (também) como pesquisa-intervenção. Aqui, não podendo nos dedicar à tarefa do detalhamento conceitual e do ‘modo de operar’ da PNH, retomamos brevemente sua proposta metodológica e em seguida nos deteremos na discussão do *processo de trabalho*, ponto que consideramos o mais essencial na interlocução com Denise.

Articulada de modo sintético, a proposta metodológica da PNH encadeia-se nos seguintes componentes e rumos: com a estratégia de *apoio institucional* e operando com a *tríplice inclusão* (sujeitos, coletivos e analisadores sociais), toma-se o *processo de trabalho* como fio condutor da análise (das situações/práticas de trabalho). Assim, *com* os coletivos locais, vai-se construindo um caminho metodológico, que inclui os eixos referenciais (de análise), eixos utilizados não apenas como referenciais teóricos (e neste caso discordamos de Denise, que os destaca apenas como tal), uma vez que

os demarcamos como *analísadores* do trabalho/processo de trabalho, e que emergem em/de seu próprio percurso, passando a funcionar como eixos exploratórios (e de intervenção) das/nas situações ali vividas. Não se colocam como abstratos referenciais teóricos, usados para ‘iluminar’ análises, mas como eixos emergidos das próprias situações em análise, das experimentações com os coletivos em seu trabalho atual, em sua experiência concreta, em seu trabalho como *atividade*. Também nem os eixos, nem a PNH como um todo, colocam-se como “orientações para gestores e trabalhadores analisarem seu trabalho”, outro ponto que não ficou bem esclarecido para Denise (e em torno do qual aproveitamos para enfatizar nossa posição político-metodológica, de disparar um movimento em que os diferentes sujeitos se ‘misturem na ação analítica’⁸, evitando abordagens que repetem a lógica de se colocarem como orientações externas para um outro seguir/aplicar em sua prática). O apoio institucional e a proposta analítico-avaliativa que a ele associamos são estratégias de efetiva *inclusão*, em si mesmas indicando um modo de aproximação com os sujeitos em seus locais de trabalho, com a finalidade de aumentar a capacidade de análise e de intervenção, almejando-se que isso se dê com a própria análise-interferência na organização e gestão do trabalho (em torno de elementos que atravessam efetivamente sua prática e suas diferentes condições de inserção nessa prática). A indução da participação ativa (em torno desses elementos contextuais concretos, e não genéricos) é, isto mesmo (a *inclusão*), um dos próprios objetivos do movimento de análise⁸, ao mesmo tempo constituindo-se como o caminho metodológico sustentador da análise-intervenção.

Aqui cabe um importante parêntese, recorrendo aos autores do marco teórico-político da PNH e sua proposição acerca do método. Para Benevides e Passos⁹ “a noção de método, aqui, subverte seu sentido tradicional, pois que no lugar de pressupor uma definição prévia da meta a ser alcançada (*meta-hódos*), investimos num processo de construção coletiva das metas elas mesmas. Humanizar ganha, então, esse sentido de uma prática coletiva ou de um caminhando (*hódos*) que só coletivamente constrói suas metas (*hódo-meta*).”⁹ Ainda, segundo os autores, “a humanização é um conceito-experiência, um conceito-princípio, um conceito- síntese”⁹.

Situada essa ‘dinâmica estruturante’ da PNH, detemo-nos no ponto em que Denise se estende acerca do *processo de trabalho*, de início concordando com ela, mas também colocando alguns complementos e divergências. No geral, concordamos porque também entendemos que os clássicos elementos indicados por Marx constituem o paradigma fundamental da discussão de qualquer *processo de trabalho*. Mas, insistiremos em nossa abordagem enfatizando as duas direções nas quais vemos perspectivas de aprofundar análise-intervenção no trabalho atual em saúde, considerando a proposta da PNH de empreender uma articulação conceitual-metodológica, mas que efetivamente resulte em alteração nas práticas concretas dos serviços, isto é, alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde.⁹ As duas direções a que nos referimos são (i) a abordagem do trabalho como *atividade*, compreensão que já retomamos na interlocução com Jussara Brito, sendo conceito-chave que nos interessa nesse campo de análise do trabalho e (ii) o trabalho

como *relação de serviço*.

Ao organizar uma publicação com autores que discutem o trabalho como “relação de serviço” (especialmente as abordagens de Zarifian), Salerno¹⁰ diz que essa discussão sobre serviços, “se tomada de forma genérica, não é lá muito nova”, evidentemente referindo-se à tradicional classificação dos setores da economia em primário, secundário e terciário. O que esses autores trazem para o debate é a insuficiência dessa classificação em termos de “poder explicativo sobre a dinâmica do trabalho e da produção nas empresas contemporâneas”¹⁰, não exatamente pela especificidade dos objetos com que lidam, mas pelas características dos sistemas de produção. Numa das pontas desse debate, atenta-se para a chamada “industrialização dos serviços”, entendida como a aplicação (nos serviços) de técnicas e métodos tipicamente associados à indústria, “mais especificamente, métodos e técnicas de padronização de produtos, de produção em massa, de parcelização do trabalho, de separação entre planejamento e execução do trabalho, de normatização das atividades, enfim, todo o arcabouço metodológico e conceitual conhecido como taylorismo”¹⁰. E nessa mesma direção de debate, Zarifian afirma que entre o setor industrial e o setor de serviços existem evoluções convergentes³, isto é, o “setor industrial descobrindo e incorporando a noção de ‘serviço’ e o setor dos serviços industrializando seus modos de funcionamento”³.

A lógica da classificação estanque dos setores econômicos não é portanto o foco do debate. E é nesse contexto que Zarifian propõe os conceitos de “produção de serviço” ou “relação de serviço” (“serviço no singular”,

alerta o autor³), para demarcar o que seria a finalidade maior do trabalho em qualquer setor. Assim, por “produção de serviço” entende-se “o processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos”, o serviço devendo “agir sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário”, de maneira que responda às suas necessidades e expectativas³. Nesse caso, um exemplo típico de produção de serviço opera-se (*pode operar*) nos serviços de saúde, incumbidos de transformar as condições de saúde da população³. Por um outro lado, incorpora-se a esse conceito a compreensão de que “prestador de serviço e destinatário são, eles próprios, produtos do processo de socialização”, e nunca se podendo compreender/esperar/avaliar a mudança de maneira isolada e pontual⁴.

Os trabalhadores, então, em meio às intrincadas relações sociais de trabalho em que se encontram (intra-equipe, inter-equipes, com os gerentes, com os usuários) são também ‘sujeitos-alvos’ dos benefícios do seu trabalho (em várias dimensões de benefício), este sendo um dos âmbitos de avaliação do trabalho como “relação de serviço”. A essa compreensão alinhamos o princípio da PNH de indissociabilidade entre atenção e gestão ou entre clínica e política ou entre produção de saúde e produção de sujeitos. E é por esses referenciais que aqui reafirmamos que esta abordagem nos parece muito fértil para ajudar a direcionar a discussão do processo atual de trabalho em saúde. No foco que priorizamos trata-se de analisar, com os coletivos de trabalho, *que* elementos incorporam-se e misturam-se no contexto do trabalho, naquele espaço/realidade singular, levantando pistas

indicativas de que tal trabalho esteja resultando em ‘mais’ ou ‘menos’ “produção de serviço”, isto é, esteja configurando-se mais ou menos próximo de uma “relação de serviço”.

Seguindo esses referenciais, o recorte de algumas dimensões que emergem como potentes para analisar o trabalho atual em saúde (atual na sua configuração geral, mas atualizado^(nota-1) em cada realidade singular) deve ser visto exatamente como eixos de análise do real e não em uma conotação (simplificada) de ‘diretrizes para organização/avaliação do trabalho’, sob o risco de se ficar repetindo ou ressaltando orientações institucionais gerais (e também eixos avaliativos gerais) que em princípio podem ser até potencializadoras do trabalho, mas que, na prática de alguns serviços, têm funcionado mais como ‘idealizações’ e ‘prescrições’ engessadoras (da prática e das análises). E nesse caso, corre-se o risco de não se possibilitar alargamento do olhar avaliativo, por se deter em princípios abstratos de organização e avaliação do trabalho. Trazemos aqui um importante alerta de Benevides e Passos¹, afirmando que “humanizar a saúde nos compromete não com regras abstratas, que poderiam conduzir a um fundamentalismo dos princípios do SUS, mas à alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados.” Nesse sentido deve-se atentar para não se tomarem algumas diretrizes atuais de organização dos serviços numa ótica abstrata, o que impede ou dificulta a análise aprofundada de como se tem vivido/experimentado tais diretrizes nas situações reais e singulares de trabalho (como *atividade*) e quais têm sido seus efeitos (pensando-se no

1^(Nota-) No sentido utilizado na PNH, especialmente associado ao conceito de dispositivo – BRASIL, 2008.

marco da *relação de serviço*). Vários seriam os exemplos com os quais poderíamos ilustrar essa reflexão, buscando cruzar os (diferentes) modos de implementação de alguns processos e as (diferentes) conseqüências em seu entorno. Mas aproveitamos aqui os próprios exemplos trazidos por Denise (mencionados em seguida), em torno dos quais fazemos algumas inflexões, convidando a pensar que, da forma em que são trazidos, pode-se-os entender como ‘orientações gerais’, sendo abordadas como se em si mesmas já viessem revestidas de ‘sentido’ para os coletivos de trabalho, nesse caso levando exatamente ao risco de não se cuidar em que sejam analisadas à luz das realidades singulares (e o trabalho investigado como *atividade*).

Falamos aqui em ‘orientações gerais’ quando se aponta, por exemplo, que “na perspectiva da integralidade os profissionais precisam cooperar, compartilhar conhecimentos e aliar à competência técnica a perspectiva humanística”. Ou ao se lembrar da importância da “prática interdisciplinar” ou ao se indicar que os serviços “promovam a humanização da assistência”.

Concordamos com tudo isso (como orientações ou princípios gerais), mas o que propomos com a análise do trabalho é exatamente explorar como essas ‘orientações gerais’ incorporam-se no cotidiano (em maior ou menor grau e nele ganhando sentido), explorando-se os elementos aí interferentes, o que se encontra nas brechas, o que indica renormalização a partir da norma, o que indica resistência como oposição ou como (re)criação, etc. Há uma série de aspectos que consideramos relevante explorar como estando na lacuna entre o que seria uma prescrição

ou idealização de “precisar cooperar” (por exemplo) e os modos concretos e singulares em que se organiza o trabalho e se operam as relações de trabalho, que vão ser mais ou menos produtoras de cooperação, de condições de cooperação, etc. Da mesma forma, orientações como as de “prática interdisciplinar” às vezes parecem mais como prescrições e intencionalidades ou idealizações e menos como objetos de investimento e de análises que permitam explorar as variáveis intervenientes em sua operacionalização concreta (ou não). A “humanização da assistência”, na forma de uma indicação geral, genérica e idealizada (e inclusive como modismo⁹) é outro ponto que, assim posto, além de não possibilitar análise, habitualmente produz resistência, como atitude de oposição, uma vez que não se criam condições de produção coletiva de sentido ao que seja pertinente como ‘humanização’ na realidade local. E também é importante distinguir que as análises-intervenções, estando situadas no referencial da PNH, não se propõem com a redução do foco na humanização da assistência ou qualidade na atenção-satisfação do usuário. Esse foi o foco central dos programas de humanização implementados até o surgimento da PNH e sua reconceitualização como política, trazendo como uma das marcas exatamente a superação daquele marco de qualidade e avançando na perspectiva da transversalidade, no contexto da gestão.⁹

Nessas direções de reflexão, autores como Dejours e Zarifian (além dos que sedimentam os princípios da PNH) fornecem elementos que ajudam a aprofundar análises do/no processo de trabalho, a questão da *cooperação e trabalho em equipe/em rede* sendo, por exemplo, algumas das importantes

categorias abordadas por tais autores.

E novamente reafirmamos a estratégia do apoio institucional/método da tríplice inclusão e a abordagem do trabalho como relação de serviço no sentido de nos possibilitar estar no ‘meio das situações de trabalho’ (tomando o “*entre* como campo de investimento”^{1,8}), ajudando a analisar os rumos concretos que tomam as orientações gerais (ou diretrizes normativas), aí ajudando a fazer aparecer outras dimensões da realidade. Nesse contexto ganham importância as tipologias avaliativas que inovam em avaliações de utilidade, de justiça, de solidariedade e de estética⁴, e que temos tomado como desafios nessas nossas propostas já salientadas como inconclusas, em construção, por isso sendo objetos de reflexão e sendo colocadas em questionamento quanto ao seu próprio potencial de inovação metodológica e produção de efeitos.

Quando deixamos abertos tantos desafios no campo da análise e avaliação é porque essencialmente embasamo-nos na “aposta de que, numa dinâmica transversal, avaliar é explorar e desestabilizar os objetos instituídos e identificados a um campo delimitado, para liberar, explicitar e potencializar as forças instituintes que estejam interferindo vivamente naquela realidade e que podem engendrar novas realidades.”⁸ Essa aposta inclui o diálogo que aqui se pretende ir abrindo para articular os vários tipos de contribuições a ele necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Benevides de Barros R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005(b);561-71.
2. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão

de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

3. Zarifian P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: Salerno MS, organizador. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001b. p. 67-93.

4. Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: Salerno MS, organizador. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001c. p. 95-149.

5. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009;13:603-13.

6. Zarifian P. Objetivo Competência: por uma nova lógica. São Paulo: Atlas; 2001a.

7. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307p.

8. Santos Filho SB, Souza TP, Gonçalves L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: Campos RMO, Furtado J., organizadores. Desafio da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas: Editora Unicamp; 2011.

9. Benevides de Barros R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comunicação Saúde Educação. 2005(a);9:389-94.

10. Salerno MS, organizador. Relação de serviço: produção e avaliação. São Paulo: Senac; 2001c. p.9-22.