



HUMANIZAÇÃO E TRABALHO COMO PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Márcia Regina de Oliveira

Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre – Rede Verzeri

RESUMO

Os processos de trabalho possibilitam a produção de subjetividades, quando existem espaços coletivos de acolhimento e discussões que influenciam na cultura organizacional, possibilitando a humanização dos serviços. A humanização é uma política transversal que perpassa todos os processos assistenciais e está vinculada a decisões organizacionais e por isso exige tempo de planejamento, de sistematização das ações, avaliação e acompanhamento dos resultados. Todo o processo de humanização se faz na tensão entre os interesses da organização e os interesses dos seus colaboradores e demais usuários dos serviços de saúde. O modo de lidar com essa tensão é abrir espaços democráticos de discussão e pactuação dos processos de trabalho e dos resultados esperados. Esse espaço de inclusão possibilita a cogestão, implicando os sujeitos nas reflexões e nas tomadas de decisões. A subjetividade acontece quando os colaboradores atuam de forma a contribuir com reflexões e atitudes para a melhoria no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais entre todos os atores que participam deste processo, fazendo acontecer a humanização. O desafio de humanizar a organização do trabalho é justamente chegar a este nível de participação, onde a subjetividade acontece na corresponsabilidade dos sujeitos.

Palavras chaves: Humanização. Processos de trabalho. Subjetividade.

Área de Concentração: Psicologia.

Opção de Apresentação: Oral.



INTRODUÇÃO

Hoje existe a constatação de que as organizações precisam refletir e saber lidar com os processos de trabalho e com a cultura organizacional que os configuram para poder suscitar o comprometimento e a motivação de seus profissionais. Se isso vale para qualquer organização muito mais para as organizações de saúde, pois elas lidam com um bem essencial e extremamente valorizado pelas pessoas que é a saúde, cujos resultados não dependem primordialmente de produtos, mas de relações. Nesse sentido Merhy (2007) defende que as atividades no âmbito da saúde conformam o que ele chama de trabalho vivo, pois estão focadas e baseadas principalmente na relação entre o profissional e o usuário. O problema é quando as práticas de saúde ficam reduzidas a produtos (medicamentos, prescrições, exames etc), transformando essas atividades em trabalho morto, porque elas morrem no produto que elas geram. A sempre maior confiança nos efeitos da aplicação de tecnologias leva os profissionais a deixarem em segundo plano os aspectos relacionais dos processos de trabalho. Essa constatação é que levou o Ministério da Saúde lançar a Política Nacional da Humanização dos serviços de saúde. O objetivo deste texto é refletir sobre as interfaces entre a humanização como eixo transversal das práticas em saúde, os processos de trabalho, a subjetividade e o sentido implicados neste trabalho de produzir saúde.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Nos atendimentos à saúde das pessoas constata-se que os avanços tecnológicos sempre mais utilizados convivem com o despreparo dos profissionais e das equipes para lidar com as dimensões subjetivas e sociais do processo saúde / doença e isso devido à fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho que esgarçam as relações com os usuários e entre os diferentes profissionais, dificultando a corresponsabilidade. Nas organizações constata-se pouco fomento à cogestão e formação de coletivos profissionais comprometidos com os objetivos do serviço por causa da insuficiente valorização e inclusão dos profissionais e usuários no processo de produção da saúde.



Esses fatos suscitam o debate sobre os modelos de gestão e de atenção na saúde, aliado aos da formação dos profissionais e aos modos de controle social. Como consequência desse debate, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Humanização (BRASIL 2004).

Para o Ministério, a política de humanização não pode ser confundida com pequenos retoques “cosméticos” nos serviços nem ser reduzida a algo vago, associado às atitudes humanitárias de caráter filantrópico e voluntário, mas como fazendo parte do direito à saúde. Para sua consecução não basta focar apenas o usuário como detentor do direito, mas incluir o papel do profissional como elo da relação que produz saúde. Assim, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Existe, assim, a necessidade de adotar a humanização como política transversal entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Desse modo, a humanização deve constituir-se, cada vez mais, uma vertente transversal e orgânica das instituições de saúde (BRASIL 2004)

A humanização deve traduzir-se no modo de operar as relações entre os profissionais e os usuários, entre os diferentes profissionais. Trata-se da construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde. Por isso, a humanização precisa aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores implicados na produção da saúde, apontando para uma mudança na cultura da atenção ao usuário e na gestão dos processos de trabalho. Isso supõe uma troca de saberes entre esses atores, um diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Desse modo, a humanização aparece como uma estratégia de intervenção no processo de produção da saúde, levando em conta que os atores são sujeitos sociais capazes de transformar a realidade transformando a si mesmo neste mesmo processo. Trata-se, portanto, da produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde e usufruem dele, pois produção de saúde significa sempre produção de sujeitos (BRASIL 2004).



Se a Política Nacional de Humanização propõe que os processos de produção de saúde são, ao mesmo tempo, produção de subjetividade, tanto do usuário quanto do profissional, então é necessário repensar os processos de trabalho na saúde. Produção de subjetividade significa o fortalecimento da autonomia dos atores envolvidos no processo e a construção de uma responsabilização compartilhada entre o usuário e o profissional e entre os profissionais. Essa autonomia e responsabilização, fundadas no acento dado à subjetividade, apontam para a importância da dimensão ética como o próprio âmago dos processos de trabalho na saúde. As ações são tanto mais éticas quanto mais está presente nelas o sujeito. Ela leva, igualmente, a compreender a ética da saúde a partir de outros parâmetros que superam a visão simplesmente deontológica de código que caracteriza a ética do modelo biomédico.

A humanização oferece esse parâmetro ético para qualificar a atenção, pois se trata de operar como sujeitos em rede, fomentando as relações e a conectividade. A ética tem, justamente, como referência, um sujeito em relação. Por isso, o Ministério da Saúde propõe como princípios norteadores da Política Nacional de Humanização: valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e de gestão; estimular processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional; atuar em rede com alta conectividade; fomentar a informação, comunicação e educação permanente (BRASIL 2004).

Nesse sentido, a humanização estabelece-se como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos inter-profissionais e entre estes e os usuários na produção da saúde. Éticas porque a defesa da vida constitui o eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para os processos de invenção das normas que regulam a vida. Políticas porque é na relação entre os homens que se operam as relações sociais e de poder (BRASIL 2004)

Por isso, pode-se defender que a humanização dos serviços de saúde torna-se o eixo da ética nas práticas em saúde, pois propõe que as relações entre profissional e



usuário e entre os profissionais entre si sejam antes de nada produção de sujeitos. Ora a ética está essencialmente ligada à emergência da subjetividade e a consequente responsabilização pelo seu agir.

A Humanização não se reduz a atividades lúdicas e amenidades para “amaciar” o ambiente de trabalho. Requer ações planejadas para o desenvolvimento dos eixos que, segundo as referências tomadas neste texto, definem a cultura institucional (Rios, 2009).

Para o monitoramento da implementação da humanização é necessário criar indicadores de referência que apontem para ações transformadoras concretas na realidade dos serviços. Destaca-se, entre os tais indicadores, a existência de um plano de gestão e avaliação baseado em metas e algumas ferramentas como as pesquisas de satisfação dos usuários e dos trabalhadores, ou as pesquisas de clima institucional e de fatores psicossociais do trabalho (Rios, 2009).

Se a humanização está essencialmente pautada pelo modo como os processos de trabalho são desenvolvidos numa organização de saúde, se eles fomentam a autonomia e responsabilização pela produção de subjetividade dos envolvidos, a conectividade de atuar em rede e o comprometimento solidário pela constituição de um coletivo de cogestão, então é essencial refletir sobre os processos de trabalho para que a humanização não seja reduzida à iniciativas cosméticas. Mas antes é necessário ter presente que esses processos de trabalho são sempre produção de saúde que é sempre ao mesmo tempo produção de subjetividade. O que é saúde?

SAÚDE COMO CAPACIDADE DE REAÇÃO

Segundo Straub (2005), saúde vem de uma antiga palavra da língua alemã que é representada, em inglês, pelas palavras “*hale*” - saúde e “*whole*” - vigor, as quais se referem a um estado de “integridade do corpo”. A Organização Mundial de Saúde definiu saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doenças ou enfermidades”. Essa definição afirma que



saúde é um estado positivo e multidimensional que envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1978).

Foi na I Conferência Internacional de promoção da Saúde, em 1986, que os profissionais reunidos em Ottawa, aprovaram a carta de Ottawa, o documento mais importante como marco da promoção da saúde. Esta carta apresenta um conceito amplo de saúde como “o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1986).

A definição de Saúde que permeia a carta de Ottawa descreve que para atingirmos um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1986).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) tornou-se lugar-comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Por mais correta que esteja tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, frequentemente, revela a dificuldade que tem os profissionais da área para encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema biomédico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde. Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que a saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico.

A saúde tornada objeto de consumo pela cultura moderna não está à venda em ambulatórios e nem mesmo nos consultórios particulares, porque engloba diversas dimensões da vida e depende em grande parte de subjetividade e das condições em se vive. Nesse sentido, o processo para desobjetivar da saúde não é nada fácil, devido à sua redução à dimensão biológica e à sua conversão em objeto de consumo. A possibilidade de conviver com doenças, falhas e sofrimentos intrínsecos à condição



humana não é mais suportável para uma sociedade determinada pelo o imperativo de uma felicidade identificada com prazer (Goidanich, 2001).

Em alguns casos não será possível suprimir situações adversas, mas reagir significará aprender a conviver com elas, ou fortalecer-se para enfrentá-las pela integração ou superação. Saúde é defesa ativa e eficaz contra forças que limitam a vida da pessoa; processo de reação diante dos influxos perturbadores que levam a debilitação da vida por parte do próprio organismo, do eu psíquico ou do ambiente social. Nesse sentido, sadio é aquela pessoa que consegue de tal maneira integrar na própria vida perturbações do bem-estar físico, psíquico e social, realizando-se como pessoa, não perdendo o sentido da própria dignidade, lutando para modificar aquelas coisas que sejam possíveis de mudar e integrando aquelas que sejam um dado não modificável. Doente é aquela pessoa que se encontra debilitada em seus mecanismos de reação somáticos, psíquicos e sociais, cuja cura consistiria em recuperar e fortalecer esses mecanismos. O exercício da medicina e qualquer outro procedimento sanitário deveriam estar fundamentalmente a serviço dessa recuperação integral pelo fortalecimento da capacidade física e psíquica de reagir (Junges 2006).

Entendendo a saúde como capacidade de reagir, ela identifica-se com a autonomia. Ser sadio significa ser reativo e autônomo diante de agentes e situações perturbadoras do equilíbrio existencial. Ser doente é não conseguir reagir, vivendo na dependência e na prostração. Os profissionais a serviço do enfermo têm como papel primordial despertar e fortalecer a capacidade somática, psíquica e espiritual da pessoa de reagir diante dos focos de desequilíbrio. Prover benefícios e remover danos significa ajudar o enfermo a reagir com autonomia diante de sua situação. Mas, como bem demonstrou Ivan Illich (1975) o paradigma de medicina clínica que se impôs nos últimos séculos baseia-se na dependência e na colonização médica, impedindo o enfermo de tornar-se sujeito do processo doença-saúde. A tendência das estratégias e dos instrumentos clínicos é heteronômica, desalentando a autonomia e promovendo a dependência. Será que não seria possível um paradigma diferente de medicina que tivesse como ponto de partida a compreensão da saúde como capacidade de reagir, como autonomia.



Os biólogos Maturana e Varela (1997) revolucionaram a compreensão dos seres vivos ao proporem a definição de sua identidade não mais a partir de características morfológicas, mas de sua organização *autopoiética*. Qualquer sistema vivo conforma-se como *autopoiese*, pois está capacitado a reordenar seus componentes numa nova organização, quando sofre perturbações. Nesse sentido, a *autopoiese* é a capacidade de reagir de todo ser vivo. Assim a vida identifica-se fundamentalmente com autonomia. O que caracteriza um ser vivo, não são os seus componentes nem a soma deles, mas a forma própria de organizá-los devido à sua capacidade *autopoiética*. O ser vivo morre, quando perde essa capacidade, porque não consegue fazer frente à desordem provinda do meio ao qual está acoplado. A capacidade *autopoiética* é também responsável pela biodiversidade, porque significa diferentes maneiras de se organizar em determinado meio.

O ser humano detém uma organização *autopoiética* muito mais complexa por ser um ente ao mesmo tempo bio-cultural provido de linguagem e consciência. Assim a *autopoiese* humana significa uma complexificação da capacidade de reordenar seus componentes em uma nova organização. Saúde significa *autopoiese*, doença um ataque à organização *autopoiética* e morte a perda total dessa capacidade. Nessa linha, saúde não pode ser definida ou caracterizada simplesmente pela presença de certos componentes, mas pela capacidade de auto-ordenar esses componentes numa nova organização existencial. No ser humano a organização *autopoiética* tem uma complexidade que engloba as dimensões somática, psíquica, social e espiritual.

Uma pessoa pode ter uma deficiência física grave, sofrer de diabetes, de câncer ou de outra fragilidade orgânica, ser portador de algum vírus que debilita e mesmo assim ser sadio, porque encontrou um modo de auto-organizar sua vida e conviver com certa autonomia e paz diante desse agente perturbador. Não perdeu a sua capacidade *autopoiética*. Isto depende em grande parte da interioridade espiritual da pessoa, ao conseguir dar um sentido ao sofrimento e superar o estado de prostração e angústia. Para o fortalecimento dessa interioridade, a fé em suas diferentes expressões religiosas ocupa um lugar fundamental. A certeza do consolo do amor e da graça de Deus criam as



condições interiores para reagir diante da experiência negativa. As doenças crônicas exigem se resituar no cotidiano da vida e ressignificar a própria existência.

Por outro lado, pode-se estar diante de pessoa com aparente saúde física e mesmo assim estar num processo de debilitação, porque vive entregue a um estilo de vida que castiga o corpo, desestrutura a psique e esvazia a interioridade. Esse processo debilita a capacidade de organização *autopoiética* do ser humano. Tendo presente a visão integral e complexa da saúde, é necessário dizer que essa pessoa está ameaçada em sua capacidade de reagir, embora esteja aparentemente bem. Mais dia menos dia a enfermidade psico-espiritual manifestar-se-á também somaticamente.

Portanto, a saúde e a doença englobam elementos corporais, psíquicos, espirituais e sociais, porque esses elementos são diferentes dimensões da pessoa como um todo. Assim quem se enferma ou se recupera é a pessoa e não uma parte dela. A saúde ou a doença não atingem apenas o corpo, mas a pessoa em sua totalidade. Os profissionais da saúde muitas vezes pensam apenas na dimensão somática da doença. Ora a enfermidade depende de outras dimensões a serem levadas em consideração para a recuperação da saúde integral. Isto exige um trabalho conjunto de diferentes especialidades para que a pessoa seja fortalecida em sua capacidade de reagir. Exige igualmente uma compreensão antropológica mais integral, principalmente dos profissionais da saúde, para que ao tratarem do enfermo não o reduzam a um puro corpo físico, mas tenham em consideração o ambiente social e a interioridade psico-espiritual, essenciais para uma recuperação plena da saúde. Em outras palavras, é necessário ter uma visão psico-somático-espiritual da doença e da saúde.

Se se fala em saúde, num sentido amplo da palavra, também como direito, justiça, cidadania e solidariedade, pode-se afirmar que a espiritualidade é importante na sustentação da luta social, a luta também é caminho de desenvolvimento pessoal. As pessoas, que acreditam na possibilidade de o mundo vir a ser tornar diferente para contemplar os sonhos de seu grupo social, e investem na sua construção, ficam atentas para a realidade buscando sinais, pistas e alianças, que inicialmente, não se manifestam de forma clara. A espiritualidade não se desenvolve apenas em processos isolados de interiorização, mas essencialmente fornecendo elementos para reagir diante de uma



situação adversa. A entrega apaixonada ao enfrentamento dos problemas da vida através da espiritualidade é fonte de desenvolvimento de sentido na construção da subjetividade (VASCONCELOS, 2006).

Portanto, o bem saúde, entendido como capacidade de reação, identifica-se essencialmente com a construção de subjetividade que é sempre construção de sentido. Essa construção acontece em processos de trabalho desenvolvidos pelas organizações de saúde.

TRABALHO, SUBJETIVIDADE E SENTIDO.

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser inventado ou descoberto, a cada momento, pelo sujeito que trabalha. Nesse sentido, para o profissional da saúde, o trabalho se define como sendo aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições. Esse acrescentar de si mesmo aponta para a íntima relação entre trabalho e subjetividade. A psicodinâmica da relação entre subjetividade e trabalho sugere que o trabalho, ainda mais quando se fala do trabalho vivo em saúde, engaja toda a subjetividade (Desjours 2004). Essa é a base para pensar a humanização dos serviços de saúde.

O trabalho sempre coloca à prova a subjetividade, da qual esta última, sai acrescentada, enaltecida, ou ao contrário, pode ficar diminuída, mortificada. Trabalhar constitui um desafio que transforma e configura a subjetividade. Trabalhar não é somente produzir algo, mas também construir a si mesmo, produzir relações com os outros, uma ocasião de testar a sua capacidade e criatividade, em última análise um caminho de realização humana (Desjours 2004).

Nesse sentido, o trabalho não está limitado ao tempo físico efetivamente passado no lugar da atividade profissional. O trabalho ultrapassa qualquer limite dispensado ao tempo de trabalho, ele mobiliza a personalidade por completo (Desjours 2004). Se isso



vale para qualquer atividade, muito mais para o trabalho em saúde que é tecido por relações e rostos que são levadas para além do lugar e do horário de trabalho.

Por isso, o trabalho não é apenas uma atividade, mas também, uma forma de relação social que se desdobra, em um contexto social, caracterizado por relações de poder. Trabalhar é engajar sua subjetividade num ambiente onde circulam poderes que podem gerar dominação ou engajamento. A realidade do trabalho, não é somente o real objetivo feito de coisas, mas, também, o real social tecido por relações. Essa realidade social se expressa muitas vezes na cultura organizacional presente na instituição que configura as relações e a circulação do poder (Desjours 2004).

Essa análise permite visualizar a ideia de que é possível manter juntas a subjetividade singular e a ação coletiva na sociedade. O trabalho aparece como uma realidade decisiva e insubstituível para esse processo de interação entre a singularidade e a coletividade. Mas essa interação só será possível, se a importância e presença da subjetividade nos processos de trabalho forem reconhecidas e respeitadas. Para que isso aconteça faz-se necessário uma comunicação autêntica, num processo no qual se instaura uma compreensão recíproca e se constrói um sentido compartilhado, resultando num entendimento sobre as ações em que os sujeitos envolvidos são levados a assumir juntos e de maneira convergente (Zarifian, 2001).

Reduzir essa comunicação humana nas empresas a uma simples transmissão de informação, cuja visão está diretamente inspirada na engenharia, é muito frequente nos manuais de comportamento organizacional, levando a elidir todo o problema do sentido e das significações presentes nos processos de trabalho. Significa esquecer que todo o discurso, toda palavra pronunciada ou documento escrito se insere em maior ou menor grau na esfera do agir, do fazer, do pensar e do sentimento que está presente naquele grupo organizacional (Grize, 1995). Não ter presente essa perspectiva, significa condenar-se a não compreender em profundidade o simbólico que se expressa no organizacional nem a identidade individual e coletiva da organização. Essa constatação é básica e fundamental para pensar a humanização numa organização de saúde.



A vivência do trabalho está relacionada com normas sociais que o moldam e com processos subjetivos contemporâneos que configuram as identidades. O modo de entender as relações de trabalho precisa levar em consideração as formas como se constroem o sujeito trabalhador e o próprio trabalho, operando este último com modos específicos de produção de formas de viver e de ser, de pensar, de sentir em sociedade. (Silva, Vargas, Zacarias e Starosta, 2008).

Estão acontecendo transformações profundas nas organizações e assiste-se ao surgimento de novas formas de trabalho, baseadas em conceitos de interatividade, parceria, conectividade, rede, etc., cuja assimilação crítica é indispensável para o fortalecimento de qualquer instituição. É preciso ter isso em mente quando se propõe novas práticas para as instituições de saúde (Ribas, 2008).

A forma fragmentada de perceber o sujeito trabalhador nas organizações favorece no ambiente profissional um comportamento e uma postura, como se o trabalho fosse algo exterior a pessoa não produzindo efeitos de responsabilidade, conectividade, trabalho em equipe. Nesse sentido, a humanização busca nas ações de recuperação não só a saúde física, mas principalmente o respeito pelo direito, da generosidade, da expressão subjetiva e dos desejos das pessoas (Rios, 2009). Mas para que o profissional possa oportunizar isso aos usuários das organizações de saúde, a sua própria subjetividade precisa ser respeitada nos processos de trabalho.

Pichon-Rivière (1993), afirma que no grupo se conjugam tanto a verticalidade como a horizontalidade, ou seja, podem-se abordar questões individuais ao mesmo tempo em que explora a interação grupal. Desta forma, cada sujeito modifica o grupo e é modificado por ele.

O trabalho não pode virar mercadoria que se vende nem o produto se transformar em algo exterior reduzido ao lucro, mas um processo em que o coletivo possa usufruir do fazer de cada um e o coletivo ajude a produzir a subjetividade de cada um. É na coletividade que a rede começa a aparecer e dar sentido às linhas difusas produzidas por cada um.

Não mais uma relação desigual de reconhecimento de competências, mas um crédito na capacidade reflexiva e gerenciadora das pessoas de criarem e gerirem seus



projetos de vida como motivação nos processos de trabalho. Participar da construção de rede social é, antes de tudo, acreditar na conectividade entre pessoas e no potencial que elas possuem para compartilhar problemas e buscar soluções em comum. Está implícito à formação de rede um resgate do ser como protagonista de sua vida e de suas relações sociais, uma transformação de pessoa-objeto em pessoa-sujeito, uma clara visualização de seus recursos emocionais e mentais, uma valorização de seus saberes, uma consciência de seu papel social. E isto diz respeito aos processos de trabalho em saúde como instâncias de construção da subjetividade

Costa e Brandão (apud Saidón, 1995). Os processos de trabalho são produtores de subjetividade, porque são construtores de sentido. Mas qual é o contexto dessa construção de sentido na cultura atual?

A sociedade contemporânea trás em si mesma as marcas do progresso. Fazemos parte de um sistema que produz subjetividades descartáveis, que duram pouco, pois, são resultados de produção em massa. A busca por uma identidade própria perdeu o brilho da espontaneidade para tornar-se reflexo de uma matriz social de identidade, como se a vida fosse um teatro onde a única coisa que importa é desempenhar o papel de “eu mesmo”. O tempo da vida parece passar rápido demais e assim caminha-se como numa corda bamba, correndo o risco de cair num vazio existencial e perder os detalhes do cotidiano.

O sujeito, na atualidade, é produto resultante de um funcionamento inconcluso, pois existe um esgotamento total de sua energia potencial de criatividade (Benevides, 2005). Olhando ao redor, se percebe pessoas sem uma direção, sem elã, atuando em marcha lenta para um beco sem saída. O resultado dessa difícil constatação são as patologias do cotidiano, contemplando um ser humano fragmentado e despotencializado que garimpa em livros as dez maneiras para ser feliz, que confia aos remédios seu sorriso e evita os encontros para que ninguém perceba sua depressão, seu vazio.

Essa despotencialização do sujeito na atualidade permite introduzir a perspectiva da ordem/desordem proposta por Morin (1995). A perspectiva de ordem, determinismo, linearidade, reducionismo é contraposta à perspectiva da desordem, caos, acaso, emergência do novo. A complexidade exige entender que ordem e desordem se exigem mutuamente. Isto implica perceber a unidade na diversidade e a diversidade na unidade



que são percepções básicas para implementar a humanização numa organização de saúde..

Amaral (2004), afirma que a rede simbiótica de viver o ideal é ilusória, porque não se confronta com a realidade que é autoritária e desmotivante que precisa ser questionada através de um aprendizado permanente de construir novas relações humanas. Sair não significa só estar fora de seu espaço, mas, também a capacidade de pensar além de si e romper as barreiras da instituição para produzir novas iniciativas ou promover e atualizar as que já existem. O trabalho é uma dessas realidades que permite romper barreiras e construir o novo. Mas para que isso aconteça é necessário examinar continuamente a cultura organizacional que determina a circulação de poderes no ambiente de trabalho e o modo como circula a humanização nas inter-relações.

Para quem trabalha, a sua atividade laboral representa um valor importante, não sendo apenas um emprego para ganhar o seu salário, mas tornando-se um caminho de auto-valorização da própria pessoa do trabalhador. Esse valor que faz parte do trabalho exerce uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores e sobre sua satisfação e sua produtividade. A consciência desse fato leva ao comprometimento no trabalho que constitui o principal indicador de uma organização eficaz (Morin 2001).

Nessa vertente, a humanização focaliza com especial atenção os processos de trabalho, os modelos de gestão e planejamento, interferindo no cerne da vida institucional, local onde de fato se engendram os vícios e os abusos da violência institucional. O resultado esperado é a valorização das pessoas em todas as práticas de atenção e de gestão, a integração, o compromisso e a responsabilidade de todos pelo bem comum (Rios, 2009).

ROTHMANN e COOPER Locke (1976) definem a satisfação no trabalho como um estado emocional prazeroso ou positivo que resulta da apreciação do trabalho ou da experiência de trabalho de alguém. A satisfação no trabalho é o resultado da percepção dos empregados em relação a quanto seus trabalhos proporcionam coisas que tem valor para eles e que consideram como importantes. E citam também (Luthans, 1992) (CREIO QUE TEM QUE TIRAR ISSO DO LUTHANS). Esse valor e importância estão ligados ao aspecto motivacional do trabalho. Bergamini (2003) afirma



que o desenrolar do processo motivacional é uma dinâmica de caráter interior, onde o aspecto mais importante, neste caso, é entender o sentido que as pessoas atribuem àquilo que fazem.

Nesse sentido, a organização do trabalho precisa oportunizar aos trabalhadores a possibilidade de realizar algo que tenha sentido, que desenvolva as suas competências e que permita desempenhos criativos que possam ser avaliados e melhorados. O trabalho significa uma atividade remunerada, mas que tem um valor agregado de auto-realização e de contribuição para a sociedade para que tenha sentido. Um trabalho que tem sentido é intrinsecamente satisfatório, pois o prazer e o sentimento de realização, auferidos por sua execução, configuram um sentido ao trabalho. (Morin 2001).

Para que esse sentido aconteça, conta muito a organização do trabalho em si mesma: é importante que a organização das tarefas e das atividades torne-se favorável à eficiência e que os objetivos visados, assim como os resultados esperados, sejam claros e significativos para as pessoas que o realizam. A execução de tarefas permite exercer talentos e competências, resolver problemas, fazer novas experiências, aprender novas competências, em outras palavras, atualizar seu potencial e aumentar sua autonomia (Morin 2001). Para que isso aconteça é necessário estilos de líderes que sejam influenciados pela preocupação com a subjetividade e a produção de sentido nas pessoas (Blake e Mouton, 1964).

Por isso a humanização precisa alcançar os processos de gestão e de organização do trabalho nos serviços de Saúde, e a gestão participativa desponta como modelo eleito para a realização dessa política. Quando se fala em gestão participativa ou cogestão está subentendido um modo de administrar que não se basta na linha superior de comando e inclui o pensar e o fazer do coletivo profissional. As estratégias para a gestão participativa nos serviços de Saúde devem ser estudadas caso a caso, partindo do conhecimento das realidades institucionais específicas (Rios, 2009). Somente uma gestão participativa pode oportunizar a construção de sentido nos processos de trabalho, tornando-o um trabalho vivo.

Um trabalho que tem sentido é também criador de relações humanas satisfatórias, pois é uma atividade que coloca as pessoas em relação umas com as outras, contribuindo



para o desenvolvimento da identidade delas. O fato de estar em contato com os outros, de manter múltiplas relações, muitas vezes desafiadoras, age como um verdadeiro estimulante para o desenvolvimento de sua identidade pessoal e social, mas também para o desenvolvimento de laços afetivos duráveis. Um trabalho que constrói sentido permite encontrar pessoas e estabelecer relações, cujos contatos podem ser francos e honestos, e com quem se pode ter prazer em trabalhar, mesmo em projetos difíceis. (Morin 2001). A humanização depende essencialmente das inter-relações que se produzem nos processos de trabalho.

Para que um trabalho tenha sentido, é importante que quem o realiza saiba para onde ele conduz, em outras palavras, é essencial que os objetivos sejam claros e valorizados e que os resultados tenham valor aos olhos de quem o realiza, permitindo um clima de segurança e autonomia. Deve ficar claro para os profissionais que trabalham em determinada organização ou serviço de saúde quais são os seus objetivos e quais bens pretendem conferir aos usuários.

Por isso a humanização só se torna realidade em uma instituição quando seus gestores fazem dela mais que uma retórica, um modelo de fazer gestão. Boas intenções e programas limitados a ações circunstanciais não sustentam a humanização como processo transformador. Os instrumentos que de fato asseguram esse processo são: a informação, a educação permanente, a qualidade e a gestão participativa. Enfim, pensar a humanização como política significa não tanto o que fazer, mas mais como fazer (Rios, 2009). Isso só será possível desenvolvendo a co-responsabilização de todos os envolvidos nos processos de trabalho em saúde.

Hoje ainda são numerosos os que fecham o ser humano em esquemas redutores, querendo dar a impressão simplória de conhecerem a essência do ser humano, ao não levarem em consideração algo tão essencial para entender o humano que é a subjetividade. A realidade humana que se encontra nas organizações não poderá jamais ser reduzida a tais esquemas redutivos, pois criam desmotivação e falta de comprometimento. Só uma concepção que procura compreender o ser humano na sua integralidade pode estar aberta a um processo contínuo de produção de subjetividade (Chanlat 2008). Foi essa constatação do baixo incentivo dado à subjetividade nos



processos de trabalho em saúde que levou o Ministério da Saúde criar e implementar a Política Nacional da Humanização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos de trabalho possibilitam a produção de subjetividades, quando na organização há processos que evidenciam espaços coletivos de acolhimento e discussões que influenciam na cultura organizacional, possibilitando a humanização dos serviços prestados.

Não se faz humanização da noite para o dia, este processo exige tempo de planejamento, de sistematização das ações, avaliação e acompanhamento dos resultados.

As pessoas que atuam numa instituição de saúde precisam ser convocadas a participar e compreender que humanização se faz muito além da boa vontade, pois ela é uma política transversal que perpassa todos os processos assistenciais e está vinculada a decisões organizacionais.

A subjetividade acontece quando os colaboradores atuam de forma a contribuir com reflexões e atitudes para a melhoria no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais entre todos os atores que participam deste processo, fazendo acontecer a humanização.

Articular estratégias de humanização nem sempre é passível de compreensão por parte dos gestores e demais colaboradores. Todo o processo de humanização se faz na tensão entre os interesses da organização e os interesses dos seus colaboradores e demais usuários dos serviços de saúde. Esta tensão demarca as fronteiras da subjetividade, do espaço da voz ativa e da atitude do sujeito que deseja e quer fazer valer seu trabalho, sua visão e sua opinião. O único modo de lidar com essa tensão nas organizações é abrir espaços democráticos de discussão e pactuação sobre seus processos de trabalho e resultados esperados.

Esse espaço de inclusão possibilita a cogestão, implicando os sujeitos nas reflexões e nas tomadas de decisões. O desafio de humanizar a organização do trabalho



é justamente chegar a este nível de participação, onde a subjetividade acontece na corresponsabilidade dos sujeitos, onde todos são vistos como gestores do seu trabalho e não como vítimas de organizações de trabalho desumanas, saindo assim de uma postura reivindicatória para uma mudança da cultura organizacional a partir de critérios e valores humanizados. Essa é a condição e a base para poder esperar e exigir um atendimento humanizado nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Viviane. Desafios do trabalho em rede. 2004

http://www.rts.org.br/bibliotecarts/artigos/arquivos/redes_vamaral_desafios.pdf

BERGAMINI C. W. Liderança: a administração do sentido. Revista de Administração de Empresas v. 34, n. 3, p. 102-114, 1994.

BERGAMINI Cecília . W. Motivação: uma viagem ao centro do conceito. ERA Executivo, V.01,N.2, Nov. 2002, jan,2003.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. Psicol. Soc. [online]. 2005, v. 17, n. 2, pp. 21-25. ISSN 0102-7182. doi: 10.1590/S0102-71822005000200004.

BRASIL, HumanizaSUS. Política Nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf (Acessado em 19 de abril de 2013).

CHANLAT, J.F. Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In: O indivíduo na organização: dimensões esquecidas, v.I. São Paulo, Atlas, 2008.

COSTA, Liana Fortunato, BRANDÃO, Shyrlene Nunes. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. Psicol. Soc. [online]. 2005, v. 17, n. 2, pp. 33-41. ISSN 0102-7182.

DESJOURS C. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

GOIDANICH, Márcia. Saúde mental na rede pública: possibilidade de inserção psicanalítica. Psicol. cienc. prof., dic. 2001, vol.21, no.4, p.26-33. ISSN 1414-9893.



- ILLICH, I., A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- JUNGES J. R. Saúde como capacidade de reação. In: Id. Bioética: hermenêutica e casuística. São Paulo: Loyola, 2006, p. 141-147.
- MATURANA ROMESÍN, H. / VARELA GARCÍA, F.J., De máquinas e seres vivos: Autopoiese - a Organização do Vivo. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MERHY E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Ed. Hucitec, 3ª. Edição, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza, HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc. saúde coletiva, 2000, vol.5, no.1, p.7-18. ISSN 1413-8123.
- MORIN, E. Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa: Instituto Piaget, 2ª Ed., 1995.
- MORIN E. M. Os sentidos do trabalho. Revista de Administração de Empresas v. 41, n. 3, p. 8-19, 2001
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978 <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> (Acessado em 19 de abril de 2013)
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, 1986. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>
- PICHON-RIVIÉRE, E. O processo grupal. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1993.
- RIOS, Izabel Cristina. Caminhos da Humanização na saúde: Prática e reflexão. São Paulo, Áurea, 2009.
- RIBAS, Eliane. O trabalho em rede e o processo de humanização <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=43&Texto=> 14.11.83
- ROTHMANN, Ian e COOPER, Cary. Motivação e Satisfação. In: Fundamentos de Psicologia Organizacional e do trabalho. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.



ROTHMANN, Ian e COOPER, Cary. Liderança. In: Fundamentos de Psicologia Organizacional e do trabalho. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

SILVA, Geise Devit ; VARGAS, Everson Rach ; ZACARIAS, Inez; STAROSTA, Michele . Grupos de educação em saúde no território: “Entre” o trabalho e o cuidado em saúde. ABRAPSO 2008.

STRAUB, Richard O. Psicologia da saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: ID. A espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo. Hucitec, 2006, p. 13-157..

ZARIFIAN, P. Comunicação e subjetividade nas organizações. In: DAVEL, E.; VERGARA, S. C. Gestão com pessoas e subjetividades. São Paulo: Atlas, 2001.