

O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização

The institutional support to processes democratization of labor relations in humanization view

El apoyo institucional a la democratización de las relaciones laborales en la perspectiva de la humanización

Gustavo Nunes de Oliveira¹

ABSTRACT

RESUMO

O apoio institucional é pensado na Política Nacional de Humanização como uma função estratégica, um modo de produzir processos de democratização institucional, a partir da ativação de espaços de cogestão e de redes que se ponham a pensar em termos coletivos os processos de trabalho, as suas condições e relações. Partindo de experiências de organização do apoio institucional, de diferentes formas de inscrição da função apoio nas organizações discute-se neste artigo as potencialidades do apoio institucional como modo de intervenção nas relações de trabalho no sentido da democratização institucional.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Apoio institucional. Cogestão; Análise coletiva dos processos de trabalho; Políticas públicas.

Institutional support is thought in the National Policy of Humanization as a strategic function, a way of producing institutional processes of democratization, from the activation of co-management of spaces and networks that are put to think in terms of collective labor processes, their conditions and relations. Based on experience of organizing institutional support, in different ways of registration of the support function in organizations is discussed in this article the potential of institutional support as a means of intervention in labor relations in the sense of institutional democratization.

Keywords: Humanization of assistance; Institutional support; Co-management; Collective labor process analysis; Public policies.

RESUMEN

El apoyo institucional se piensa en la Política Nacional de Humanización como

¹ Prof. Dr. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

una función estratégica, una manera de producir la democratización de los procesos institucionales, a partir de la activación de la co-gestión de los espacios y redes que se ponen a pensar en términos de procesos colectivos de trabajo, sus condiciones y las relaciones. Basándose en la experiencia de la organización de apoyo institucional, en diferentes formas de registro de la función de apoyo en las organizaciones se discute en este artículo la posibilidad de un apoyo institucional como un medio de intervención en las relaciones laborales en el sentido de la democratización de las instituciones.

Palabras clave: Humanización de la atención. El apoyo institucional. El co-manejo. Análisis colectivo de los procesos de trabajo. Las políticas públicas.

O APOIO INSTITUCIONAL E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

O apoio institucional é pensado na PNH como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindos da filosofia, da clínica, da psicanálise, da pedagogia, da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave

para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações.

O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações. Opera em “uma região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão – lá onde estes domínios se interferem mutuamente” trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações¹.

De acordo com o Documento Base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS¹, o apoio institucional é posicionado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de: 1) ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais; 3) mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais; 5) promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Criada em 2003, a PNH nasceu com o objetivo de deflagrar um movimento ético, político e institucional para o enfrentamento e a superação dos modos de gestão e de cuidado em saúde incoerentes com o direito inalienável à saúde, com garantia de acesso universal e equitativo a práticas e ações integrais de saúde. Emergiu dos acúmulos do SUS, do reconhecimento dos avanços alcançados, da análise dos seus paradoxos e desafios, a partir de sua própria experimentação como política pública e prática social².

A PNH surgiu sob os efeitos da 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, que sinalizava a necessidade de princípios metodológicos que indicassem modos de como tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS prescritos na sua base jurídico-legal. Nesse contexto, a partir da cartografia e análise de experiências do “SUS que dá certo”⁽²⁾ e do alinhamento com as lutas do movimento de reforma sanitária contra as diversas formas de autoritarismo nas organizações de saúde a PNH constitui o seu método da tríplice inclusão⁽³⁾.

A inclusão, assim colocada como diretriz

2 Refere-se ao conjunto de experiências que vem sendo mapeadas, avaliadas e reconhecidas como inovadoras no SUS, desde o Seminário Nacional HumanizaSUS e o lançamento do Prêmio HumanizaSUS David Capistrano, em 2003/2004. Naquele período foram 671 experiências inscritas, sendo 544 experiências validadas; 45 experiências foram classificadas, 16 premiadas e houve quatro menções especiais (Mori, Oliveira, 2009).

3 (1) inclusão dos diferentes sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas. (2) inclusão dos analisadores sociais, dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção/gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises. (3) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes (Brasil, 2008)

metodológica, deve buscar o fortalecimento dos coletivos para a ampliação de suas capacidades de análise e de intervenção, afirmando a produção de saúde como produção de subjetividade. O apoio institucional tal como proposto pela PNH tem o papel de operacionalizar a diretriz da inclusão e constitui seus modos de fazer.

Segundo Pasche e Passos (2010), os modos de fazer apoio na PNH caracterizam-se por: (1) ação intensivista⁴; (2) agir por contágio; (3) exercer função de referência. O apoiador age localmente, na experiência concreta dos coletivos – junto com os sujeitos (lateralidade) e suas histórias, seus contextos. Toma a extensividade da política pública como efeito de propagação (por contágio). É uma prática que requer dispositivos em torno dos quais se articulam a repetição e a variação. Nesse movimento-função de referência, a partir “da mesma matéria do circuito claudicante da repetição” possibilita a experimentação de novos territórios existenciais⁵. Os dispositivos da PNH articulados nos modos de fazer apoio institucional, colocando sujeitos em contato com as forças – instituintes - capazes de mobilizar ações de mudança nos processos de trabalho⁶.

A partir dessas definições sobre os modos de fazer apoio, impõe-se pensar o apoio institucional como uma função a ser exercida por alguém que se posiciona como apoiador na relação com outros, constituindo – em ato – um arranjo concreto apoiador-apoiado que se estabelece de maneira mais ou menos duradoura. Impõe-se também conceber as condições de trabalho como “uma estrutura-organização mais ampla” a ser colocada em análise a partir da “premissa da indissociabilidade entre

produção de serviços e produção de sujeitos”⁷. O apoio como uma função que, na concepção da PNH, convoca os trabalhadores a olharem para seus processos de trabalho, analisando-os como um processo histórico, instituído por quem os compõe (trabalhadores, gestores e usuários). Mobilização que traria em si a perspectiva de um protagonismo, (re)invenção do trabalho, produzindo serviços e produzindo-se, reinventando-se como sujeitos⁶.

Todavia, pensar o apoio institucional como função que se expressa e se inclui nas organizações coloca ressalvas aos modelos de implementação e de operacionalização do apoio, que em geral pré-definem *apoiador* e *apoiado* no cenário institucional.

DE QUE LUGAR INSTITUCIONAL SE PODE REALIZAR O APOIO?

A questão do lugar institucional do apoiador é um dos grandes desafios metodológicos. Campos⁸ delimitou alguns lugares institucionais de onde se poderia realizar o apoio: de um lugar de poder institucional; de um lugar de suposto saber; de um lugar de suposto saber e ao mesmo tempo, de poder institucional; de um lugar de paridade (suposta horizontalidade) no coletivo.

Nessa “categorização” com finalidade didática, explicitada em texto direcionado a trabalhadores e gestores da saúde, Campos mantém uma correlação clara entre o “lugar institucional” e uma função ou cargo formal em uma organização. Desse modo, quando um dirigente apoia seus dirigidos, isso se constitui em um exemplo de apoio a partir de um lugar de poder institucional. Quando um apoiador é demandado em função de um conhecimento

presumido tem-se um exemplo de apoio de um lugar de suposto saber. Quando um profissional clínico apoia seus usuários, surge um exemplo de apoio a partir de um lugar de poder e de saber. Quando em cogestão um membro da equipe apoia outro, configura-se em um apoio de um lugar de paridade ou horizontalidade no coletivo⁽⁴⁾.

Em uma perspectiva micropolítica são muitas as situações nas quais as relações de saber-poder se exercem em uma organização. A questão colocada por Campos⁸ - De onde se pode realizar o apoio? – assume outra amplitude e variação nessa perspectiva: Em quais relações de saber-poder, em uma organização, poder-se-ia inscrever o apoio?

As respostas a estas questões não são óbvias. E as experiências de implementação do apoio como alternativa metodológica no modelo de gestão/atenção demonstram vantagens e desvantagens da inscrição do apoio em cada uma das modalidades de posicionamento descritas por Campos.

Alguns municípios brasileiros criaram o cargo de apoiador institucional ou de apoio à gestão, com funções mais ou menos definidas e atribuições de gestão formais⁽⁵⁾. Nestes municípios, em geral, o apoiador substitui o antigo lugar do supervisor de programas, que fiscalizava o trabalho das equipes de saúde. Mantém alguma relação hierárquica sobre os serviços de saúde, seus gerentes e suas equipes

4 É claro que a questão do poder nessa formulação está colocada enquanto lugar de poder formal, ligado ao exercício de um cargo e gestão. Em uma perspectiva micropolítica, o poder se faz presente em todas essas modalidades.

5 São exemplos recentes os municípios de Campinas, Sumaré, Amparo, Santa Bárbara do Oeste, São Bernardo do Campo em SP; João Pessoa, PB.

e ao mesmo tempo responde a uma chefia que lhe é superior, como um coordenador de distrito, de região, do nível central ou mesmo diretamente ao próprio secretário de saúde. Em alguns desses casos, o apoiador tem o duplo papel de gestor, acumulando por um lado a atribuição formal de gerência, a qual define seus “apoiados” como subordinados e, de outro, a relação apoiador-apoiado. Nessas experiências, o apoiador se constitui na relação com seus apoiados como um mediador formal. Isso não seria problema algum, se não fosse a forte tendência à fixidez dos papéis de apoiador e de apoiado, correndo-se o risco de se tornar um processo unilateral e burocratizado. Nesse arranjo organizacional do apoio, a tendência é criar-se uma linha direcional vertical descendente que parte do gestor municipal ou grupo dirigente e vai às gerências de serviços e suas equipes de saúde, mediadas pelo apoiador. É claro que o poder de indução de políticas por essa via ganha enorme amplitude. Mas passa a depender exclusivamente dos atores que operam estes papéis e da força crítica dos sistemas de cogestão – em geral frágeis e parcialmente implementados - o grau de democracia inscrita nesse modelo de gestão, mantendo toda a organização no fio de navalha entre uma organização democrática e um aparato institucional ainda mais autoritário.

Outros exemplos de implementação do apoio demonstram diferentes modalidades de arranjos organizacionais possíveis. A utilização da tecnologia do apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores [Jacareí, 2002-2004; Pindamonhangaba, 2004 – 2005]⁽⁶⁾, em cursos de especialização em Saúde da Família

6 Refere-se à cidade e período no qual foram desenvolvidas experiências de apoio na educação permanente de trabalhadores e gestores.

e Gestão⁽⁷⁾ e na formação de graduandos de medicina em experiências de composição docente-assistencial⁽⁸⁾¹⁰ já acumula subsídios suficientes para a afirmação de que é possível inscrever na relação formador-trabalhador/gestor a metodologia do apoio.

O modo de fazer do apoio adotado na formação, nas experiências citadas, mostrou-se muito adequado nos processos de ensino-aprendizagem em serviço, pois reduz a percepção de separação teoria-prática, constituindo-se em um processo mais coletivo de ampliação da capacidade de análise e de intervenção nas situações cotidianas, tendo efeito também sobre os trabalhadores e gestores que atuam nos mesmos serviços e equipes daquelas em que trabalham os formandos.

Mesmo assim, as mudanças impulsionadas pela formação costumam ser lentas e sujeitadas aos valores e processos institucionais vigentes na organização em questão. Corre-se sempre o risco do processo formativo tornar-se marginal e até contrário às intenções do projeto ético-estético-político dos dirigentes das organizações em questão. São processos, portanto, altamente dependentes da maneira como são contratados e sustentados na parceria entre formadores, instituições formadoras e gestores da saúde.

Outros municípios incluíram nas atribuições de determinados atores estratégicos a função apoio para formulação, pactuação e implementação de projetos específicos de uma

7 Desenvolvidos e ofertados pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social, em parceria com a Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, nos anos de 2007, 2008 e 2009.

8 Experiências desenvolvidas na Unicamp, no período entre 2005 e 2009, pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social.

maneira mais coletiva e negociada (Projeto de Acolhimento em Betim, MG, 1996; Implantação da Estratégia de Saúde da Família em Jacareí, SP, 2002; Transformação do modelo de atenção básica em Pindamonhangaba, SP, 2005; Vitória, ES, entre 2008 e 2010). Com isso, mesmo que se constitua um grupo de apoiadores, cada um deles mantém suas atividades formais de origem na organização, dedicando parte de sua carga horária de trabalho para desenvolver, implementar e avaliar intervenções que se utilizam de ferramentas do apoio, geralmente sob coordenação de alguém que conheça essa metodologia e pratique seus modos de fazer. Nessa “modalidade” a própria constituição desse “grupo de apoiadores” vai definir: 1) maior ou menor capacidade de análise e de intervenção, mais por seu conjunto do que pela capacidade individual dos participantes e 2) maior ou menor governabilidade em função da sua composição e da sua relação com a distribuição do poder formal na organização.

Essas experiências, de certo modo agregam algumas vantagens e desvantagens se comparadas a outras modalidades de inserção institucional do apoio. Revelam a possibilidade da criação de espaços experimentais nos quais atores institucionais podem experimentar ser apoiador, confrontando essa proposta com sua prática cotidiana. A tendência inicial é uma separação de papéis, fazendo com que o sujeito que experimenta “ser apoiador” passe por um período no qual há momentos em que age como apoiador e momentos em que volta a agir “como antes”. A aposta é que as vivências de apoio “contagiem” de tal forma as práticas cotidianas desses atores que as práticas de apoio passem a predominar em diversos espaços institucionais. O risco que se corre é

que essa “contaminação” não atinja amplitude necessária para modificar de maneira sensível os processos na organização. O mesmo risco de marginalização e de anulação de outras experiências, salvo que, nesta modalidade, quando maior o engajamento dos dirigentes, maior a abrangência dos processos em que se pode inscrever a função apoio.

O desafio posto à problemática do posicionamento institucional do apoiador vai além da definição de um arranjo organizacional para a sua prática. Trata-se da constituição de um processo permanente de sustentação de posicionamentos institucionais que articulem práticas, valores e princípios coerentes com processos de democratização institucional.

Para determinar o lugar ou lugares institucionais potentes de onde se pode exercer a função apoio para movimentar um processo de democratização institucional, balizados no paradigma ético-estético-político do SUS, incluindo nesse movimento a problematização e intervenção nas relações e nas condições de trabalho, partimos de algumas disposições, que procuram explicitar o que consideramos por democracia.

É NECESSÁRIO COMBATER O ANTAGONISMO IDENTITÁRIO – TRÍPLICE INCLUSÃO

O combate permanente à simplificação identitária dos antagonismos presentes nas relações entre os sujeitos, considerando que a permanência dos conflitos e dos antagonismos é uma característica fundamental de uma democracia radical e plural¹¹.

Para Chantal Mouffe¹¹, o propósito da

política democrática é transformar antagonismo em agonismo, o que demanda “oferecer canais por meio dos quais às paixões coletivas serão dados mecanismos destas se expressarem sobre questões que, ainda que permitindo possibilidade suficiente de identificação, não construirão o opositor como inimigo, mas como adversário”.

O agonismo de Nietzsche não é mera apologia do conflito e da guerra¹². Ao contrário passa pelo reconhecimento do poder devastador que tem e tiveram os conflitos humanos na história, potencializados pelo desenvolvimento da técnica. O agonismo parte da idéia de que não podemos negar a existência dos conflitos e vê neles uma dimensão produtiva. Sua capacidade de introduzir o novo. Não é apenas destrutivo, mas também construtivo, potencialmente criador.

Uma posição agonística não trata, portanto, de propor a dissolução dos conflitos presentes e eliminar a eventualidade de conflitos futuros. Trata-se de encontrar condições para que os conflitos não signifiquem a destruição de um dos seus contendores, ou de ambos, o que acarretaria a própria dissolução do conflito. Possibilitar que os conflitos sejam até cultivados e multipliquem-se, “para que possam se multiplicar também as formas de ser, de pensar e de viver”¹².

Nesse sentido, a criação de espaços coletivos de cogestão dos processos de trabalho, incluindo os conflitos, pode criar condições de transversalidade⁹ tais, que ampliem as

9 “Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (Brasil, 2008).

margens de lateralidade entre trabalhadores, gestores e usuários no sentido da produção de algo comum. Ampliar as margens dessas identidades: trabalhador, gestor e usuário; permitindo expressar processos de trabalho de gestores e usuários, processos de gestão em trabalhadores e usuários e dimensões de usuário do SUS em trabalhadores e gestores. Seria possível então, compartilhar problemas, projetos e ações em um plano comum.

A inclusão dos sujeitos, dos conflitos e dos analisadores – tríplice inclusão ao modo PNH. As tomadas de decisão devem procurar considerar a maior variabilidade possível de perspectivas implicadas¹⁰. Qualquer posicionamento do apoiador deverá considerar a necessidade de confrontar – por agonística – diferentes lugares instituídos: do trabalhador, do usuário, do gestor, do serviço (“da ponta” como se costuma dizer), do nível central, dos diferentes níveis e perspectivas de atenção/gestão. Isso implica procurar dissolver as barreiras erguidas entre especialistas e generalistas, entre clínica e gestão, entre quem formula e quem executa. Implica que as questões não terão donos pressupostos: o saber especializado não será tomado como

10 Recorremos mais uma vez a Mota (2009) e sua leitura de Nietzsche. “O perspectivismo não se equivale a um mero relativismo, na medida em que vai procurar se não um critério de validação, ao menos um esquema das razões pelas quais certas perspectivas prevalecem sobre outras em determinadas situações ou conjunturas. Sugiro que designemos tal esquema pelo termo *agonismo*. Pois como foi afirmado e como constatamos na experiência cultural presente, perspectivas não são incomensuráveis, mas encontram-se em relações de força, de disputa, em luta com outras perspectivas. Aliás, pode-se dizer que uma perspectiva só ganha precisão em seu delineamento quando alcança aquele ponto limite em que trava uma disputa com outra perspectiva. Perspectivas concorrem entre si pela verdade, para serem tidas como verdadeiras, para terem o poder de definir o regime de verdade vigente num determinado lugar, numa determinada época” (p.12).

questão somente dos especialistas; a clínica não é território exclusivo dos médicos e não é algo ligado à “assistência”; as questões gerenciais não serão somente dos gerentes; o uso adequado dos recursos não será problema exclusivo dos gestores. Implica também que os conflitos decorrentes serão tomados como analisadores do processo de apoio. E um dos produtos pretendidos dessa tríplice inclusão – ao modo da PNH - é a ampliação dos graus de transversalidade presente nessas relações.

A explicitação de um alinhamento ético-político de maneira tão clara quanto possível também é uma condição para a inscrição da função apoio, permitindo que o engajamento de trabalhadores, gestores e usuários nos processos de apoio seja avaliado também sob este ponto de vista. Evitando que as questões de viabilização do arranjo organizacional que operacionaliza a proposta sejam colocadas apenas em um âmbito pragmático pretensamente expropriado de valores. Em outras palavras, é necessário procurar constituir e cultivar uma relação de confiança. Condições de um compartilhamento de valores ético-estético-políticos. Esta pode se estabelecer na medida em que os diagnósticos acerca dos problemas vivenciados abrem-se efetivamente à problematização e a formulação e implementação coletiva de projetos de intervenção.

Como já afirmamos apoiador e apoiado co-emergem em ato, no encontro. Todavia, com frequência essa co-emergência nem sempre respeita o que estava previsto *a priori*. Sendo este um índice importante de que se opera de fato uma metodologia de apoio.

APOIO E CO-GESTÃO – DEVIR APOIADOR

A gestão é um campo da vida humana que envolve as práticas de lidar com conflitos nas organizações, os quais emergem por não haver previamente coincidência entre as finalidades da organização e os interesses e desejos dos seus participantes. O desafio de “lidar com processos de trabalho e pessoas que os realizam”, de pensar a gestão em saúde no SUS impõe ainda “o diálogo com as políticas públicas”¹³.

Eis, então, que estamos perante um cenário bastante complexo, pois discutir a gestão em saúde terá de passar, necessariamente, pela problematização das escolhas que fazemos de como lidar com o que constitui, a nosso ver, como vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)^{13(p.62)}.

Concordamos com essas autoras com a tese de que a “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”. Entendendo, também, que esses vetores estabelecem relações de intercessão, respeitando um princípio de inseparabilidade e de co-extensão, como dobras de um plano de produção^{(11)13(p. 63)}. O trabalho como produção

11 As autoras se referem a leitura de Deleuze sobre Foucault sobre o tema das dobras. “As instâncias do dentro e do fora deixam de ser tomadas como faces ou lados opostos das formas – sujeitos e instituições – mas como matérias móveis de um plano comum de produção”. Compartilham com esses autores o tratamentos das categorias saber, poder e o si, enquanto dimensões irreduzíveis, mas em implicação constante, articulando-se e operando constitutivos e constituintes da realidade. O

de saberes e de sujeitos, coloca o fazer do trabalho – planejar, decidir, executar, avaliar – e a gestão deste fazer como instâncias inseparáveis e indissociáveis da produção de si e do mundo – de sujeitos e dos desejos, necessidades, interesses e conflitos que os constitui. Tais regimes de produção, de saberes e de si, entram em relação, ao mesmo tempo em que são produzidos por eles. Este modo de estabelecer relações, forçando aproximações e/ou produzindo maiores distanciamentos, resultando em extração de mais-valia e/ou abrindo-se a processos de criação, é um exercício de poder. Podemos observar que estas três dimensões – saberes, sujeitos e poderes – constituem-se de modo indissociável^{13(p. 64)}.

A democracia na gestão requer, portanto, problematizar a relação entre trabalho e gestão, permitindo maior circulação da palavra e tomadas de decisão mais compartilhadas. Requer inventar/instalar processos que convoquem diferentes saberes/poderes a entrar em relação na construção de objetos de investimento mais coletivos. Todavia, essa construção passa também pela “interferência na equação dor-desprazer-trabalho¹² em prol da criação de novos territórios existenciais, novos territórios de trabalho, novos modos de produzir saúde e sujeitos, novos regimes de produção de conhecimento”, portanto, é, ao mesmo tempo, uma tarefa clínica^{13)(p.70)}.

que permite inquirir os modos de produção da realidade; investigar o modo como o poder se exerce, que efeitos produz e a dimensão da subjetividade que se enuncia como derivada do poder saber, ainda que deles não dependa (Barros e Barros, 2009, p. 63).

12 O que só é possível, segundo Campos (2005), com a superação da alienação a ampliação da autonomia dos trabalhadores no pensar e fazer do seu trabalho e de ter, em algum grau, seus próprios objetos de investimento considerados nas tomadas de decisão na organização.

13 Reafirma-se desse modo a inseparabilidade entre gestão e atenção e entre clínica e gestão tal como proposto pela PNH (Brasil, 2008).

A proposta da cogestão consiste em incluir os sujeitos¹⁴⁾ nos processos de gestão de uma organização, modificando o lugar institucional do gestor e alterando o modo de inscrição da função gestão. A inclusão do trabalhador nos processos de gestão de uma organização de saúde pretende funcionar como dispositivo para a dissolução da separação entre quem formula/ gere de quem executa o trabalho como tarefa pré-determinada. É essa separação que permite a expropriação da dimensão de produção de vida (de si e do mundo) do trabalho e a submissão dos objetos de investimento do trabalhador aos interesses do gestor/organização. A cogestão pressupõe, desse modo, arranjos concretos que se constituam em espaços de negociação, de trabalho e de gestão entre sujeitos com sentido mais coletivo – o que denominamos *espaços coletivos de cogestão*.

Podemos considerar o termo *espaço coletivo* como uma denominação mais geral de arranjos organizacionais que pretendem criar condições concretas e efetivas de cogestão. Um espaço coletivo que já funciona em efetiva cogestão se configura, em nosso entendimento, como Unidade de Produção. As unidades de produção são para nós, portanto, o mesmo que espaços coletivos de cogestão. Considerando o entendimento do coletivo não como grupo de indivíduos, mas como agenciamento de modos de subjetivação que se expressam na intensidade dos encontros entre os sujeitos

14 Estamos obviamente tratando esse pensamento como extensivo a inclusão do usuário. No SUS, ao tratar desses processos de cogestão, por dentro dos serviços e suas estruturas tecno-administrativas, da inclusão de trabalhadores e de gestores, apenas de forma estrita, tomando a organização de saúde como prestadora de serviços aos seus usuários. Mas se tomarmos o SUS como processo de construção de sociedade, no diálogo com as políticas públicas de saúde, seremos obrigados a tomar a questão da inclusão sempre como uma tríplice inclusão (Brasil, 2008), conforme já dissemos em passagem anterior.

nos diferentes espaços de intervenção (nas estruturas de gestão do SUS, nos espaços acadêmicos, nos serviços, etc.) buscando “produzir comum”¹⁴. O que, neste sentido, relaciona-se ao alargamento das fronteiras do possível, ao potencial produzido nos encontros que tem efeito nos modos de vida. A proposta é o tensionamento de produzir o comum no regime das diferenças, não propriamente a partir do que “temos em comum”, do que nos iguala e serializa. O comum que não implica afirmar uma forma de vida em particular, mas as suas múltiplas formas e possibilidades; uma vontade de forma-ação, uma vida na qual o importante é como se vive¹⁵. O comum, nesse sentido, é sempre uma produção agonística.

Ao apoiador se impõe a necessidade de construir outra relação com o caos, além da que consiste em querer proteger-se dele através de códigos e esquemas prontos. Caos no sentido deleuzeano: “O que caracteriza o caos, com efeito, é menos a ausência de determinações do que a velocidade infinita com a qual elas se esboçam e desaparecem: não é um movimento de uma à outra, mas, ao contrário, a impossibilidade de uma relação entre duas determinações, uma vez que uma não aparece sem que a outra já tenha desaparecido, e que uma apareça como evanescente quando a outra desaparece como esboço. O caos não é um estado inerte ou estacionário, não é uma mistura ao acaso. O caos caotiza, e desfaz no infinito toda a consistência”¹⁶.

No acontecimento, “é imediatamente que o pensamento exige, diante da aparência nova e não obstante inatribuível dos dados, a revelação dos laços específicos que nos dizem em que mundo entramos”¹⁷. A resposta pode ser o rebatimento dos dados sobre um esquema

identitário, que nos leva a reconhecer o que chega. Ou buscar meios de seguir o seu devir.

Deleuze propõe que essa segunda possibilidade seja uma tarefa clínica, colocada como avaliação de um devir, o que consiste no deslizamento de uma organização de signos para uma outra⁽¹⁵⁾, ou da formação de uma desorganização progressiva e criadora, sobre uma “superfície” – esboço de um plano de imanência. E, também, uma tarefa crítica. “Com toda a força da admiração, da veneração, devemos estar atentos aos deslizamentos que revelam uma diferença profunda sob semelhanças grosseiras. A primeira superfície que esboça o plano de imanência é a do sentido.

Pressentimos, com efeito, que há algo importante a ser extraído do caos, mas temos repugnância pelas formas costumeiras de sua atribuição, e adivinhamos que as condições de um discernimento imanente não se dão por si, dependendo de um ato especial. Em suma, falta-nos um plano que recupere o caos, condições que nos permitam ligar esses dados e neles encontrar sentido. [...] Pensar começa pela efetuação de tal corte ou pela instauração de tal plano¹⁷.

Desse modo, o apoio, tomado como uma função, inscrita em arranjos concretos que põe em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si, implica uma tarefa clínica-crítica-política. O trabalho do

15 Tal como o deslizamento “sociedade disciplinar” – “sociedade de controle”.

apoio se dá no encontro, na interferência, no acontecimento. Para ser/manter-se apoiador é preciso estar sempre diferindo do ser apoiador – devir apoiador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A essa altura do percurso consideramos que esboçamos algumas indicações metodológicas do apoio, em especial no âmbito da Política Nacional de Humanização, e alguns modos de sua inscrição nos processos institucionais em organizações do setor Saúde e nos campos da Gestão e da Saúde Coletiva.

O trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa - ativar coletivos, conectar redes, e incluir conflitos – que se desdobram em inúmeras outras. Agenciar conexões, ativando redes, de saber, de cuidado, de cogestão, e tantas outras, no mesmo ato de convocar sujeitos e seus conflitos, ativando coletivos e rodas agonísticas, que os mantenham conectados e solidários. O apoiador não é o titereiro que comanda e determina a mudança. São os agenciamentos - para os quais o apoiador é apenas um dos que contribui - que se acoplam a outros e vão fazendo deslizar a organização e os sujeitos, fazendo-os diferenciarem-se de si mesmos.

O sistema (rede) de cogestão pode ser considerado um desses acoplamentos. De espaços coletivos sensíveis aos conflitos. E que só se constituem como espaços de cogestão na medida em que se configuram como arenas de combate agonístico, sem resolução dos conflitos por seu termo, com tomadas de decisão. Espaços no qual as interpretações são confrontadas, problematizadas, abrindo espaço para a emergência de uma função clínica-

crítica-política, operada por esses sujeitos ligados também a objetos de investimento mais coletivos, e capaz de formar outros sentidos para a discussão e transformação dos processos de trabalho, dos modos de fazer clínica, de organizar o cuidado, formular projetos e conectar forças com outros sujeitos e coletivos – formar inteligência coletiva¹⁸.

Exploramos alguns modos de interferência e contágio da função apoio na construção de projetos de reorganização dos processos de trabalho, da produção de saúde e autonomia e da ativação de redes. Um *ethos* constituído no esforço por interferir nos processos de subjetivação e escapar da personalização identitária dos conflitos. Que procura agir liberando as forças ativas e cuidando para que as forças reativas não sirvam ao medo e à guerra, mas estejam operando seu lugar de prudência nas relações. Que busca uma política de alianças que suporte e se alimente da diferença – conectiva e ativa. A emergência de uma rede de saberes e de competências que passam a circular no leito criado pelo sistema de cogestão que passam a compor uma inteligência coletiva, constituída em novos regimes de validação e de reconhecimento dos saberes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde: 4. ed., 2008.

2. Pasche DF. Política nacional de humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, 2009, v.13, (suppl.1), p. 701-708.
3. Pasche DF, Passos E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2010, jul./set, v. 34, n. 86, p. 423-432.
4. Barros RB, Passos E. Por uma política da narratividade. In: Kastrup V, Passos E, Escócia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p
5. Kastrup V, Barros RB. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: Kastrup V, Passos E, Escócia L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p
6. Santos-Filho SB, Barros MEB. (ORGS.) *Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.
7. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2009, v.13, supl.1, p.603-13.
8. Campos GWS. *Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.
9. Furlan PG, Amaral MA: O método de apoio institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da atenção básica em saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Com Ênfase na Atenção Básica. In: Guerreiro AP e Campos GWS (orgs.). *Manual de Práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada*. SP: Hucitec, 2008.
10. Carvalho SR, Campos GWS, Oliveira GN. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 2009, v. 13, p. 455-465.
11. Mouffe C. Por um modelo agonístico de democracia. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 2006 jun, 25, p. 165-175. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/rsp/article/view/7071/5043>>. Acesso em 20/12/2010.
12. Mota T. Nietzsche e Rorty sobre filosofia e cultura. *Revista Redescições – Revista on line do GT de Pragmatismo e Filosofia Norteamericana* Ano I, Número 3, 2009. Disponível em: <<http://www.gtpragmatismo.com.br/redescicoes/redescicoes/03/mota.pdf>>. Acessado em 09/01/2011.
13. Barros RB, Barros MEB. Da dor ao prazer no trabalho. In: Santos-Filho SB, Barros MEB. (ORGS.) *Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.p.63-71.
14. Hardt M, Negri A. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2006.

15. Oliveira GN, Pena RS, Amorim SC, Carvalho SR, Azevedo BMS, Martins ALB et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Interface (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 523-529. ISSN 1414-3283

16. Deleuze G. Conversações. Peter Pál Pelbart (trad). Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

17. Zourabichvili F. O vocabulário de Deleuze. André Telles (Trad.). Relume Dumará: Rio de Janeiro. 2004.

18. Lévy P. A inteligência coletiva. São Paulo : Loyola, 5ª Ed. 2007.

Artigo apresentado em 30/03/2012

Artigo aprovado em 04/04/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012