



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Castilho Sá, Marilene de; Silva Azevedo, Creuza da
Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho
em saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 5, 2010, pp. 2345-2354
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde

Subjectiveness and management: exploring psychosocial links on managerial and health work

Marilene de Castilho Sá¹
Creuza da Silva Azevedo¹

Abstract *This paper presents our theoretical perspective over health management, particularly on managerial and health work. To face the complex problems related to public health services management and health care quality – important challenges of Brazilian Sanitary Reform – we study the group/inter-subjective and unconscious characteristic of organizational processes, which has important effects over health services dynamics and their quality. For this purpose, we attempt to articulate three theoretical perspectives: (1) the French Psycho sociology approach on organizations and contemporary society; (2) the psychoanalytical theory on inter-subjective and group processes; and (3) the Work Psychodynamics, which focuses the relations between pleasure and suffering in work processes. Through this research process, we explore links and mediations among psychic, inter-subjective, group and social realities that are present in health organizations, managerial work and health work. Also, limits and possibilities these mediations set to leadership, co-operation, collective projects and health care quality are identified.*

Key words *Health organizations, Health management, Managerial work, Health work, Subjectiveness and management*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480/Sala 716, Manguinhos. 21041-900 Rio de Janeiro RJ.
marilene@ensp.fiocruz.br

Resumo *Este artigo apresenta a perspectiva teórica com a qual abordamos a gestão em saúde e, particularmente, o trabalho gerencial e o trabalho em saúde. Para fazer face à complexidade dos problemas relacionados à gestão dos serviços públicos de saúde e à qualidade do cuidado – importantes desafios da reforma sanitária brasileira – as autoras têm estudado a característica grupal/intersubjetiva e inconsciente dos processos organizacionais, que apresenta um impacto importante na dinâmica dos serviços de saúde e em sua qualidade. Para este propósito, procura-se articular três eixos de pensamento: (1) a abordagem da psicossociologia francesa sobre as organizações e a sociedade contemporânea; (2) a abordagem psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais; e (3) a psicodinâmica do trabalho, que focaliza as relações entre prazer e sofrimento no trabalho. Neste caminho de investigação, temos explorado as mediações entre as realidades psíquicas, intersubjetivas, grupais e sociais, nas organizações de saúde, no trabalho gerencial e no trabalho em saúde, identificando os limites e possibilidades que elas estabelecem para o exercício da liderança, para a cooperação e construção de projetos coletivos e para a qualidade do cuidado em saúde.*

Palavras-chave *Organizações de saúde, Gestão em saúde, Trabalho gerencial, Trabalho em saúde, Subjetividade e gestão*

Introdução

A perspectiva com que abordamos a problemática da gestão em saúde, e que traz para o centro da análise as relações entre subjetividade e gestão, tem sua origem, em parte, na perplexidade decorrente do reconhecimento de que, a despeito da potência das teorias e métodos do campo do planejamento e gestão e do compromisso e engajamento político de tantos gestores e profissionais de saúde com os princípios democratizantes e de justiça social que, ao longo de quase três décadas, têm inspirado o processo de reforma sanitária brasileira, pouco conseguimos avançar, de fato, para além da ampliação do acesso aos serviços de saúde¹, na direção de mudanças substantivas na dinâmica dessas organizações, especialmente no modo como se realizam as práticas de saúde e os processos de gestão.

Os inúmeros desafios que se colocam para a qualificação da assistência à saúde prestada pelo SUS não se manifestam apenas nos problemas de ordem financeira, material e tecnológica. Estes problemas se potencializam ao se somarem, por exemplo, à apatia burocrática² ao corporativismo e à omissão dos profissionais, à falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes para com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não pouparam os serviços de saúde e, aliados a um quadro crônico de subfinanciamento, de baixa governabilidade e capacidade gerencial e de precarização dos vínculos trabalhistas, têm como saldo não apenas a ineficiência, a baixa produtividade, a baixa cobertura e a baixa qualidade dos serviços, mas, principalmente, sofrimentos, sequelas e mortes evitáveis.

Neste contexto, o projeto grandioso da reforma sanitária (que, em última instância, pressupõe um projeto societário mais amplo, um projeto de uma sociedade solidária) tem sido, a nosso ver, cotidianamente enfraquecido, minado, em sua função de “imaginário motor” – um conceito da psicossociologia francesa³ – isto é, cada vez menos capaz de mobilizar “corações e mentes”, de canalizar o investimento e a criatividade de trabalhadores, gestores e usuários, a despeito dos esforços de muitos e do sucesso de algumas experiências localizadas.

Deste modo, a gestão dos serviços públicos de saúde e a qualidade e integralidade do cuidado têm se constituído como dois dos principais desafios da reforma sanitária brasileira. A insuficiência da racionalidade sistêmico-estratégica das nossas teorias de planejamento e gestão para fazer

face à complexidade dos problemas acima apontados tem levado vários autores do campo da gestão a buscar perspectivas de análise que valorizem particularmente os aspectos microssociais, e relacionais/comunicacionais, presentes no cotidiano dos serviços de saúde, assim como o papel dos sujeitos na dinâmica organizacional^{1,4-17}.

De nossa parte, temos procurado contribuir para este debate, refletindo sobre a característica grupal/interativa e intersubjetiva e, especialmente, inconsciente dos processos organizacionais, bem como sobre os padrões de sociabilidade e os modos de subjetivação da sociedade contemporânea, que apresentam um impacto importante na dinâmica de funcionamento das organizações de saúde e na qualidade dos serviços ali produzidos¹⁷⁻²¹. Sob este prisma, temos nos dedicado, há pelo menos dez anos, a compreender o papel da gestão, o trabalho gerencial e a função de liderança²²⁻²⁵, bem como a especificidade do trabalho em saúde e os desafios da produção do cuidado^{21,25,26}.

Para esta reflexão, vimos construindo um caminho de investigação que procura articular três eixos de pensamento:

(1) a abordagem da psicossociologia francesa sobre as organizações e a sociedade, especialmente através das obras de Eugène Enriquez²⁷⁻²⁹ e de André Lévy^{30,31}. Este enfoque se interessa pelo indivíduo em situação, recusando-se a separar o indivíduo e o coletivo, o afetivo e o institucional, os processos inconscientes e sociais. Seus estudos propiciam explicações sobre a evolução dos vínculos entre os indivíduos, sobre a dinâmica social e seus processos de mudança. A psicossociologia se constitui como uma perspectiva clínica de pesquisa e de intervenção – na qual a produção de sentido pelos sujeitos e seu sofrimento nas organizações, em sua relação com o trabalho, são centrais;

(2) a teoria psicanalítica sobre os processos intersubjetivos e grupais, particularmente através das contribuições de René Kaës³²⁻³⁴, que permitem refletir sobre as articulações existentes entre processos psíquicos subjetivos, intersubjetivos e as construções coletivas/sociais. Destacam-se os conceitos de intermediário e de alianças e pactos inconscientes, particularmente úteis para o enfrentamento do problema da articulação psicosocial e para a compreensão dos vínculos que ligam os sujeitos entre si/os grupos e entre estes e as organizações;

(3) a psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours³⁵⁻³⁷. Esta perspectiva teórica focaliza a análise da relação entre tra-

lho, prazer e sofrimento psíquico e as estratégias de defesa dos trabalhadores contra o sofrimento.

Nenhuma das três abordagens teóricas que destacamos volta-se especificamente para as organizações de saúde, para o trabalho gerencial ou para o trabalho em saúde. Portanto, o nosso desafio não é pequeno – não se trata apenas de explorar possibilidades de diálogo entre elas, mas de “traduzi-las” e explorar seus limites e possibilidades para o campo da gestão em saúde.

Este caminho de investigação tem nos orientado na construção de um olhar sobre as mediações entre as realidades psíquicas, intersubjetivas/grupais e sociais nas organizações, no trabalho gerencial, no trabalho em saúde, na produção do cuidado e, consequentemente, sobre os limites e possibilidades que elas estabelecem para os processos de mudança organizacional.

A dinâmica da sociedade contemporânea e suas consequências sobre a gestão e a qualidade dos serviços de saúde

A aplicação da perspectiva teórica acima delineada tem sido feita por nós considerando simultaneamente o contexto específico das organizações públicas de saúde no Brasil e a dinâmica social em que se inserem, destacando-se a problemática do laço social e dos limites e possibilidades que esta aponta para a gestão e a qualidade dos serviços de saúde.

Assim, do ponto de vista da compreensão da sociedade contemporânea e sua dinâmica, esta perspectiva teórica nos obriga a reconhecer um cenário muito pouco favorável à solidariedade, à cooperação e ao cuidado com a vida – princípios tão valorizados pelo nosso projeto de reforma sanitária. Temas como a cooperação, a humanização e o cuidado em saúde remetem à problemática da fraternidade. Segundo Birman³⁸, a ética da fraternidade pressupõe, acima de tudo, a existência de um sujeito “incompleto e precário”, que possa reconhecer que não é autossuficiente. No entanto, é a autossuficiência que caracteriza, como lembra o autor, o modelo de subjetivação contemporâneo. A cooperação, a solidariedade e o cuidado dependem da disposição do sujeito para se “abrir” ao outro, para buscar no outro o que ele não sabe ou o que lhe falta. Não podemos esperar comportamentos solidários de sujeitos que não conseguem enxergar no sofrimento e fragilidade do outro a sua própria precariedade e insuficiência.

Diversos autores, do campo da sociologia, da filosofia ou da psicanálise, vêm procurando

compreender e buscar saídas para um conjunto de “sintomas” que põem em xeque, de modo aparentemente irreversível, o ideário da fraternidade na sociedade contemporânea.

Bauman³⁹ destaca a total desregulamentação e o despedaçamento das antigas redes de solidariedade, caracterizando a situação de “incerteza radical” da vida pós-moderna. Enriquez⁴⁰ aponta a intensificação do individualismo e as dificuldades de ligação com os outros. Boaventura de Souza Santos⁴¹ nos mostra como o individualismo possessivo e a cultura consumista produzem um desvio das energias sociais da interação com pessoas para a interação com objetos.

O incremento da violência e a intensificação dos comportamentos perversos também compõem a dinâmica social contemporânea. Dejours³⁶ denuncia uma tolerância social cada vez maior para com as injustiças sociais e para com os sofrimentos infligidos a outrem em nossas sociedades, o que funcionaria como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade dos indivíduos no agravamento da adversidade social.

Jurandir Costa⁴² chama a atenção para uma passagem gradual, na sociedade brasileira, de um *ethos* predominantemente centrado no público para um outro dirigido ao culto do privado e do indivíduo, cuja característica principal foi a desqualificação sistemática da política como meio de participação dos indivíduos na gestão do bem comum, através de uma “reviravolta imaginária” que fez da política e do Estado instituições acessórias. Segundo o autor, vivemos numa cultura cínico-narcísica, cujo refrão seria o do “não tem jeito”, “nada mais se deve esperar”. A partir daí, não há qualquer possibilidade de se pensar em médio ou longo prazos ou qualquer preocupação (e cuidado, poderíamos dizer) com o outro. “Pouco importa o outro ou o amanhã: importa sobreviver hoje”⁴². Impossível não reconhecer o prejuízo deste contexto para as possibilidades de planejamento, de gestão, de cooperação e de construção de projetos coletivos.

O autor destaca, entre os processos que vêm progressivamente conformando o modelo de subjetivação das elites brasileiras, “o alheamento em relação ao outro”⁴². Nesta perspectiva, os pobres e miseráveis são cada vez menos percebidos como pessoas morais. São vistos como uma espécie de “[...] resíduo social inabsorvível, com o qual se deve aprender a conviver...”⁴². Aqui novamente não podemos deixar de reconhecer os limites destes processos para a qualidade do cuidado em saúde e sua colocação como objeto central da gestão.

As organizações de saúde e sua dinâmica psicossocial

No que se refere às organizações de saúde, o caminho teórico-metodológico adotado nos leva a rejeitar explicações sistêmicas e harmoniosas sobre o seu funcionamento. A organização é, para a psicossociologia²⁹, uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação, na qual se instaura não somente o jogo do poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor (pelos processos de ligação entre os sujeitos e grupos e de investimento afetivo na organização – processos presididos pela pulsão de vida) e também pela violência, pela destrutividade, pelos processos de desligamento/ruptura – processos presididos pela pulsão de morte^{33,44}. Nesta perspectiva, a organização é considerada fruto do cruzamento de projetos racionais e conscientes, advindos da cena voluntária, e também de fantasias e desejos que são operantes, que afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos, conformando uma outra cena: a do inconsciente e do imaginário, com impactos concretos na vida organizacional.

Enriquez^{28,29} concebe a organização como um sistema cultural, simbólico e imaginário, em que se destacam a compreensão do papel do sujeito, dos processos grupais, de seu sistema de valores e a construção de seu imaginário social. Toda organização dispõe de um sistema de normas e valores, procurando levar seus membros a certo modo de apreensão do mundo, buscando orientar suas ações. Tal processo de socialização encontra equivalência, do ponto de vista psíquico, em imagens compartilhadas pelos sujeitos sobre as organizações as quais pertencem e sobre seu trabalho, conformando um imaginário social mais ou menos interiorizado pelos seus membros. Assim, a organização e o trabalho adquirem sentido para os indivíduos não somente por seus imaginários individuais, mas também por uma dinâmica psicossocial e pela conformação de um imaginário social.

Nesta perspectiva teórica, embora o imaginário tenha uma base fantasmática, é também o que fecunda o real, buscando fazer do real expressão de um sonho. Ele funda uma dinâmica criativa: sem imaginário, não há projeto, não há utopia, nem mundo a construir^{28,29}. O imaginário é um sistema de interpretação, de produção de sentido que surge na interação e encontra-se articulado ao desejo dos sujeitos.

A partir da perspectiva teórica de René Kaës sobre os fenômenos grupais, vimos desenvol-

vendo uma leitura das organizações que focaliza, fundamentalmente, os processos intersubjetivos a partir do que o autor denomina formações intermediárias e espaços comuns da realidade psíquica³² – expressos através de pactos e contratos inconscientes, produzidos a partir dos benefícios, do prazer e do sofrimento que os trabalhadores experimentam nas organizações.

Nesta perspectiva, destaca-se o conceito de alianças inconscientes. Segundo Kaës³², as alianças e pactos são formações intermediárias, formações psíquicas intersubjetivas pertencentes aos espaços comuns da realidade psíquica grupal/organizacional, fomentados pela organização a partir das contribuições e investimentos que ela exige dos trabalhadores. Tal conceito contribui para a compreensão de determinadas modalidades de vínculo que ligam os trabalhadores à organização e ao seu trabalho. Segundo o autor³⁴, *Para se associar em grupo, [...] os humanos não somente identificam-se com um objeto comum e daí, igualmente entre eles, selando também um acordo inconsciente segundo o qual, para manter seu vínculo e o grupo que o contém, não se dará atenção a um certo número de coisas: elas devem ser recaladas, rejeitadas, abolidas, depositadas ou apagadas*

Já tivemos oportunidade de demonstrar²³ o quanto o conceito de “alianças inconscientes” é particularmente importante para entendermos, por exemplo, os processos de “cegueira” de muitos trabalhadores de saúde para a adversidade de suas condições de trabalho ou mesmo de cegueira para os processos de banalização do sofrimento humano e negação da condição de humanidade dos pacientes.

Por sua vez, a perspectiva trazida por Dejours³⁶ nos mostra que são várias as defesas individuais e coletivas buscadas pelos trabalhadores para o seu sofrimento no trabalho. As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho têm um papel paradoxal. Estas não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas têm um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão. Daí sua importância para pensarmos a dinâmica das organizações. Por outro lado, essas defesas também [...] podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético [experimentado pelo sujeito por infringir a outrem um sofrimento por causa de seu trabalho] e não mais apenas psíquico³⁶. Neste sentido, entendemos que podem representar sérios

limites ao cuidado em saúde, por exemplo, pois, ao permitirem uma “eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer”³⁶, elas podem igualmente levar à negação da vulnerabilidade do outro, particularmente no caso de serviços de saúde, produzindo indiferença pelo sofrimento alheio, descuidos, apatia e, por vezes, falta de responsabilidade.

Uma outra contribuição importante da abordagem da psicodinâmica do trabalho diz respeito à dinâmica do reconhecimento. A possibilidade de transformação do sofrimento em prazer no trabalho passa pelo reconhecimento, compreendido como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores à realização do trabalho e também como constatação das contribuições dos trabalhadores à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a bom termo³⁷. Portanto, entendemos que a dinâmica do reconhecimento também seja um importante condicionante dos vínculos que o trabalhador estabelece com o seu trabalho e com a organização na qual se insere.

Assim, neste caminho de investigação que vimos construindo sobre as organizações, a possibilidade de produção de acordos e projetos coletivos não pode ser vista apenas como fruto do exercício de um movimento consciente e volitivo dos sujeitos, com base, exclusivamente, em argumentos racionais, numa racionalidade instrumental-teleológica. Entendemos que a interação nas organizações envolve os sujeitos e os grupos e, assim, a dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, dos processos inconscientes, enfim, da dimensão imaginária e simbólica das organizações, para além ou paralelamente, às suas dimensões materiais, burocráticas, políticas e sociais.

Outro ponto importante desta perspectiva teórica é que, embora venhamos explorando caminhos que permitam analisar a articulação entre intersubjetividade e a construção de processos de mudança, com base nas identificações e investimentos libidinais entre os sujeitos, isto é, apoiados na pulsão de vida^{29,43}, não deixamos de lado o reconhecimento dos elementos que atuam no sentido contrário, de resistência à mudança, de desconstrução do vínculo social, fundamentais à compreensão da dinâmica atual das organizações de saúde. É preciso compreender a manifestação da violência como expressão do ataque aos vínculos nas organizações de saúde. Os hospitais e os serviços de saúde em geral mostram-se também como espaço para a manifestação de hostilidade e violência que se expressa como, por exemplo, mal-estar, boicotes, comportamentos auto-

ritários, proliferação de mentiras e comportamentos paranóides por parte de indivíduos e grupos²². As organizações, favorecendo a luta pelo poder, mostram-se como campo propício à pulsão de morte^{29,43,44} em sua ação disjuntiva. Sem o reconhecimento destes processos, corremos o risco de alimentar uma visão muito otimista das organizações que, longe de contribuir para se avançar na cooperação e solidariedade, produz cegueira sobre seus obstáculos.

O trabalho gerencial e a função de liderança

Do ponto de vista do trabalho gerencial, em analogia à leitura de Merhy⁴ sobre a natureza do trabalho em saúde, tratamos a gestão e o trabalho gerencial como “trabalho vivo em ato”, que se realiza entre sujeitos. Tendo por base a leitura psicanalítica sobre a importância potencial da função de liderança para a constituição do laço social, enfatizamos o papel intersubjetivo que os gestores/diretores exercem nas organizações²²⁻²⁴. A função psíquica potencialmente exercida pelo chefe é estruturante, podendo ser propícia à coesão, à identificação e ao tratamento de conflitos. Assim, a fragilização da função de liderança ou os ataques a ela, ao que ela representa, enquanto possibilidades de ligação, de investimento psíquico e identificação, podem indicar um ataque aos vínculos entre os sujeitos na organização, fortalecendo a compulsão à repetição e a fragmentação.

A categoria de intermediário, trabalhada por Kaës³⁶, tem sido particularmente útil em nossos estudos para a compreensão do fenômeno da liderança. Segundo o autor³², “ministros, chefes, dirigentes, líderes realizam funções psíquicas intermediárias e encarnam essa função”. Para Kaës, as formações e processos psíquicos intermediários são formações de ligação, de passagem de um elemento a outro, exercendo no espaço interpsíquico o papel de mediadores, representantes, objetos transicionais, porta-vozes. As formações intermediárias asseguram então as condições psíquicas da vida da instituição: [...] ***contribuem para a sua permanência e para a sua capacidade de engendrar a continuidade; para a sua estrutura e para a sua capacidade estruturante; ... e consequentemente para a definição da sua identidade***³².

Enfim, as formações e processos psíquicos intermediários entre os sujeitos singulares e o grupo propiciam a articulação entre a psique dos sujeitos e a realidade do grupo. Assim, a pessoa, objeto ou espaço intermediário funciona como operador de identificações imaginárias e simbóli-

cas, podendo favorecer a construção de processos coletivos²⁶. Para KAES^{32,33}, entre as funções psíquicas associadas às formações intermediárias, encontram-se aquelas favoráveis ao vínculo, destacando-se as de suporte, apoio e sustentação.

A gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumpririam então, em tese, essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores. Na função de mediação, os gestores potencialmente favoreceriam o fortalecimento do laço social, podendo propiciar uma experiência da grupalidade que leve a explorar a governabilidade e autonomia das equipes e, assim, a construção de novos sentidos para o trabalho e de novos imaginários na organização^{6,24}.

É importante destacar que a situação de degradação das condições de trabalho e deficiências de toda a ordem na maioria dos serviços públicos de saúde impõem uma crise que vai além da gerencial e assistencial, emergindo como uma crise também de sentido²³. Tal cenário minimiza as possibilidades de afiliação e os vínculos de pertencimento, assim como as possibilidades de exercício da liderança e da função gerencial. Em nossas reflexões sobre os processos de gestão, temos investigado o potencial dos dispositivos coletivos se mostrarem propícios à construção subjetiva, particularmente ao exercício de funções psíquicas pelo grupo ou pelo líder, funcionando como um espaço para a realização da função intermediária, favorecendo a ligação entre os membros do grupo. Esses espaços coletivos, mais macro, no âmbito de direção, ou micro, como as equipes de trabalho, podem apoiar a construção de processos identificatórios, de novas simbolizações sobre o trabalho nos serviços de saúde e mesmo a constituição de novos vínculos entre os profissionais.

O trabalho em saúde e a produção do cuidado

Um terceiro objeto de investigação ao qual temos centralmente nos dedicado diz respeito ao trabalho em saúde e à produção do cuidado^{21,25}. A especificidade do trabalho em saúde apresenta também implicações sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado. Compreendemos o trabalho em saúde como um trabalho essencialmente intersubjetivo, uma intervenção de um sujeito sobre outro, em suas experiências de vida, prazer, dor, sofrimento e morte. Por se tratar de “traba-

lho vivo em ato”⁴, entendemos que esta dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde seja aquilo que, deste trabalho, mais escapa às estratégias de controle gerencial, mas que não pode ser dissociada dos demais componentes deste trabalho (tecnologias, saberes, etc.). Schraiber¹⁵ e Merhy⁴ já o demonstraram: ela não só é condição de eficácia do trabalho em saúde como lhe é central, essencial, o que nos impõe imensos desafios, do ponto de vista da gestão, para a garantia de qualidade das ações produzidas. Um dos desafios deste trabalho é, na perspectiva psicanalítica, o fato de que os homens não vêm seus semelhantes apenas como apoio ou fonte de conforto, mas igualmente como fonte de ameaça, o que impõe sérios limites à disposição para a solidariedade e cuidado com o outro. Estão em jogo aqui os processos identificatórios^{45,46} e sua importância sobre as possibilidades de solidariedade e cuidado. Do mesmo modo, lidar com a dor, com a morte, com o sofrimento e com os corpos dos outros pode despertar, como o demonstrou Menzies⁴⁷, sentimentos contraditórios, fantasias e desejos difíceis de controlar – piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento, nojo, repulsa, por exemplo.

Assim, pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, o trabalho em saúde é altamente exigente de trabalho psíquico, entendido aqui como a produção de processos e formações inconscientes, como as fantasias, as ilusões, as alianças inconscientes, as identificações e as estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico no trabalho. Estas podem ser positivas, com relação ao outro e ao trabalho, por exemplo, mas também podem expressar o desejo de domínio, a inveja, a negação do outro, ou sua representação como mero objeto de gozo, destituído de subjetividade. Isto significa dizer que o trabalho psíquico empreendido pelos profissionais de saúde (individual ou coletivamente) na realização de seu trabalho produz efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde.

Acreditamos que o modo como os sujeitos responderão às exigências de trabalho psíquico impostas pelo trabalho em saúde depende da articulação de suas histórias individuais com as do conjunto intersubjetivo – do coletivo de trabalho ou das organizações – em que se inserem, condicionando favorável ou desfavoravelmente a produção do cuidado. Do mesmo modo, essas exigências de trabalho psíquico podem ser intensificadas pelas condições materiais e pelo contexto organizacional e social em que o trabalho em saúde se realiza.

Considerações finais

Se o reconhecimento da centralidade da dimensão intersubjetiva do trabalho gerencial e do trabalho em saúde obriga a gestão a considerar seus limites de intervenção e de controle diretos sobre aquilo que se passa no trabalho “vivo em ato”⁴ – no momento “entre-dois” (ou “entre-nós”) em que o trabalho em saúde/gerencial se produz e se consome – o reconhecimento de que parte dos processos intersubjetivos que ali se dão são da ordem do inconsciente, isto é, daquilo a que os sujeitos não só não controlam, como não têm acesso diretamente, desconhecem em si mesmo, obriga-nos a uma postura mais modesta com relação às possibilidades de mudança das práticas de saúde e apontam para novos elementos norteadores dessas práticas.

O fato de não controlarmos uma boa parte desses processos não nos isenta de responsabilidade pelas consequências negativas que os mesmos eventualmente possam apresentar sobre a qualidade do cuidado, nem nos exime da responsabilidade de propor e tentar mudanças.

Ao longo deste trabalho, vimos afirmando que o espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço interpsíquico: o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e de gestão.

Enfim, considerar esta dimensão simbólica e imaginária é compreender a complexa dinâmica entre os indivíduos e as organizações, entre os sujeitos e o coletivo, implicando uma outra perspectiva para analisar a cena organizacional, particularmente quando pensamos situações de crise e processos de mudança.

Apresenta-se então uma dupla tarefa para que possamos avançar na proposição e nas tentativas de implementação de mudanças nas práticas de saúde que possam ir além das soluções macropolíticas (esforços de reorganização e melhoria das condições e dos processos de trabalho). De um lado, explorar, buscar (re)conhecer, os processos intersubjetivos/inconscientes presentes no modo como se realiza o trabalho gerencial e em saúde e suas consequências sobre a vida organizacional e qualidade do cuidado. De outro lado, buscar, propor e/ou fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de saúde que favoreçam a gestores e trabalhadores de saúde o acesso a sua própria

subjetividade – ao (re)conhecimento das fontes de seu sofrimento e prazer no trabalho, dos vínculos imaginários/afetivos que os ligam ao trabalho, às organizações, ao outro (profissional, usuário) e do sentido do trabalho em suas vidas.

É preciso compreender que dispositivos como colegiados de gestão, comissões, grupos de trabalho, supervisões/discussões de casos, oficinas de planejamento, entre outros, constituem-se como espaços intersubjetivos em que se manifestam processos inconscientes, mas também possibilidades de elaboração psíquica pelos membros do grupo, procurando, ao mesmo tempo, estar voltados para questões práticas da gestão e da atenção à saúde. Tais dispositivos seriam por excelência, como aponta Onocko Campos⁷, o lugar para decisões coletivas e de análise das situações vividas “com maior grau de implicação dos sujeitos com respeito ao que é produzido nos serviços de saúde”⁷. Essas características fazem de tais dispositivos espaços de articulação psicosocial³⁴, de trânsito entre o eu e o grupo, como conjunto intersubjetivo, capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/*setting* que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instituído e a capacidade criativa e de invenção dos sujeitos.

Nesta perspectiva, alguns processos e produções abaixo indicados têm sido tomados por nós como elementos de pesquisa e também de intervenção na gestão em saúde.

(1) A dinâmica prazer-sofrimento no trabalho;

(2) O imaginário compartilhado pelos profissionais sobre o serviço de saúde, sobre a gestão, sobre o trabalho em saúde e sobre o outro (paciente/população atendida);

(3) Os processos de identificação (base para a cooperação, solidariedade e cuidado em saúde, como também para comportamentos defensivos);

(4) Os processos grupais, as possibilidades de construção de espaços intermediários e experiências criativas no conjunto intersubjetivo.

Trata-se, portanto, de buscar outras formas de se fazer gestão em saúde. Nessa perspectiva, a gestão teria uma função de oferecer um certo suporte³³, de criar instâncias de análise para as equipes.

Na abordagem clínica psicosociológica⁴⁸, trata-se de desenvolver capacidade de escuta (e de resposta ou encaminhamento) do sofrimento (não só dos pacientes, mas igualmente dos trabalhadores/gestores) e das demandas por sentido que atravessam a vida organizacional.

Trabalhar na compreensão das lógicas internas das pessoas e dos grupos, em suas ligações com as lógicas internas das organizações, implica necessariamente levar em conta os componentes subjetivos. Portanto, a questão do sentido não diz respeito somente ao privado ou individual, ela também se refere ao social⁸.

O principal desafio seria então o desenvolvimento de outra lógica, de outra função para os espaços tradicionalmente voltados para o planejamento e gestão, privilegiando-os como lócus para articulação psicossocial.

A responsabilidade dos gestores, para ser responsabilidade pelos gastos públicos, tem que ser, antes, responsabilidade para com o outro. A responsabilidade para com o outro é a essência do cuidado e também da gestão, igualmente a base para a solidariedade e para a cooperação.

Para que possamos, no entanto, ser responsáveis para com o outro, precisamos ser responsáveis pelos nossos próprios desejos e conflitos⁴⁹. Precisamos ter acesso ao nosso próprio sofrimento, a nossa própria subjetividade. O acesso à subjetividade se coloca então não só como uma necessidade pessoal, privada, mas como uma necessidade social (organizacional), condição para um melhor exercício do trabalho gerencial e do trabalho em saúde.

A abordagem aqui desenvolvida, se tem como mérito a ampliação de nossa visão sobre o universo organizacional, compreendido por sua complexidade social e humana, pode gerar, ao mesmo tempo, certo desconforto por não se traduzir diretamente em nenhuma normativa, nem caixa de ferramentas para o gestor, descortinando, na verdade, apenas algumas estratégias a serem exploradas.

Por fim, é também importante destacar que a abordagem teórica que adotamos e a visão quanto ao papel da gestão que daí se origina apontam para a necessidade da ampliação dos níveis de análise e de intervenção nos processos organizacionais. Apoiadas na leitura de Enriquez²⁹, poderíamos identificar a importância dos níveis histórico, institucional, individual, grupal, entre outros, como recortes que se articulam na explicação dos problemas e desafios organizacionais e que indicam, ao mesmo tempo, que as estratégias para o desenvolvimento das organizações ou para nelas desencadear processos de mudança não devem se restringir a uma visão instrumental e gerencialista, perspectiva que vem sendo dominante no campo da gestão e que também vem ganhando importância no âmbito do SUS.

Colaboradores

MC Sá e CS Azevedo participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 1997.
2. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas. In: Cecilio LCO, organizador. *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 29-87.
3. Enriquez E. *A organização em análise*. Petrópolis: Vozes; 1997.
4. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 37-54.
6. Onocko Campos RT. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS, organizador. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
7. Onocko Campos RT. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):573-583.
8. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001.
9. Campos GWS. *Um método para a 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*. São Paulo: Hucitec; 2000.
10. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
11. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001.
12. Cecilio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saude soc.* 2004; 13(2):39-55.
13. Rivera FJU. *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
14. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):355-365.
15. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 7(1):63-72.
17. Sá MC. O mal-estar nas organizações de Saúde: planejamento e gestão como problemas ou soluções? *Cien Saude Colet* 1999; 4(2):255-258.
18. Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de Saúde. *Cien Saude Colet* 2001, 6(1):151-154.
19. Azevedo CS, Braga Neto FC, Sá MC. O indivíduo e a mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):235-247.
20. Azevedo CS. *Sob o domínio da urgência: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro* [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.
21. Sá MC. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.
22. Sá MC, Azevedo CS. Trabalho gerencial e processos intersubjetivos: uma experiência com diretores de hospitais públicos. *Rev. Admin. Pública* 2002; 36(1):507-527.
23. Azevedo CS, Fernandes MIA, Carretero TC. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saude Pública* 2007; 23(10):2410-2420.
24. Azevedo CS. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):977-986.
25. Sá MC. *A fraternidade em questão: um olhar psicosociológico sobre o cuidado e a humanização das práticas de saúde*. Interface (Botucatu) 2009; 13(supl. 1):651-664.
26. Sá MC, Carretero TC, Fernandes MIA. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. *Cad Saude Pública* 2008; 24(6):1334-1343.
27. Enriquez E. O vínculo grupal. In: Lèvy A, Nicolai A, Enriquez E, Dubost J, organizadores. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 56-69.
28. Enriquez E. O trabalho da morte nas instituições. In: Kaës R, organizador. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
29. Enriquez E. *A organização em análise*. Petrópolis: Vozes; 1997.
30. Lèvy A. *A psicossociologia: crise ou renovação?* In: Lèvy A, Machado MM, organizadores. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes; 1994.
31. Lèvy A. *Ciências clínicas e organizações sociais*. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001.
32. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, organizador. *A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1989.
33. Kaës R. *O grupo e o sujeito do grupo: elementos para uma teoria psicanalítica do grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

34. Kaës R. O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. *Psicologia USP* 2003; 14(3):15-34.
35. Dejours C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
36. Dejours C. *A banalização da injustica social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.
37. Dejours C. Parte I: Trajetória Teórico-Conceitual; Parte II: A Clínica do Trabalho; Parte III: Perspectivas. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.
38. Birman J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! In: Kehl MR, organizadora. *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2000. p. 171-208.
39. Bauman Z. *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
40. Enriquez E. O papel do sujeito humano na dinâmica social. In: Lèvy A, Nicolai A, Enriquez E, Dubost J, organizadores. *Psicosociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis:Vozes; 1994. p. 24-40.
41. Santos BS. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
42. Costa JF. A Ética democrática e seus inimigos. In: Buarque C, Veríssimo LF, Betto F, Soares LE, Costa JF, organizadores. *O desafio ético*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001. p. 79-92.
43. Freud S. *Aém do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
44. Garcia-Roza LA. *Artigos da metapsicologia, 1914-1917: narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
45. Freud S. *Psicologia de grupo e análise do ego*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
46. Roudinesco E, Plon M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
47. Menzies I. *O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade*. Londres: Tavistok Institute of Human Relations; 1970.
48. Giust-Deprairies F. O acesso à subjetividade: uma necessidade social. In: Araújo JNG, Carretero TC, organizadores. *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; 2001. p. 231-244.
49. Kehl MR. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras; 2002.