

Humanização e Práticas Gerenciais: participação da sociedade civil

Tereza Cristina Peixoto¹

Introdução

Este artigo pretende refletir sobre o modelo de gestão hegemônico nos serviços de saúde e sua ineficácia, a partir das experiências de novos modelos gestores apresentadas na mesa-redonda “Humanização e Práticas Gerenciais: Participação da Sociedade Civil”, que aconteceu durante o II Encontro de Humanização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, relatadas por José Bitu Moreno, do Hospital Regional de Assis, Loiton Augusto S. Salvini (DIR XXII - São José do Rio Preto) e Luiz Henrique F. Valenta (DIR VI - Araçatuba).

Foram discutidas experiências exitosas de projetos gerenciais que buscam qualidade no trabalho priorizando a participação de trabalhadores e usuários, a integração entre estes atores e articulação ao processo de Educação permanente.

Neste texto, busca-se salientar a inseparabilidade entre modelo de gestão e modelo de atenção à saúde e a necessidade de construção de um modelo gestor que possibilite articulação entre os atores envolvidos na produção de saúde e que amplie a participação de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços públicos para promover a qualidade e eficácia na atenção à saúde.

Humanização, Gestão e Participação

Evidenciou-se nestas apresentações a preocupação dos dirigentes com novos modelos de atenção que incluam aspectos fundamentais para a eficácia dos serviços públicos de saúde, construídos de acordo com as realidades e características locais. Também foram colocados pontos relevantes para a implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, quais sejam: o incremento da gestão participativa através da criação de espaços coletivos, reuniões, trabalho em equipe interdisciplinar, discussão e avaliação contínuas do processo de trabalho para estabelecimento de melhorias, socialização de informações, articulação com instituições formadoras e com o processo de educação permanente para os trabalhadores.

Percebemos, durante os assuntos discutidos e conclusões alcançadas neste evento, a afirmação de vários princípios da Política Nacional de Humanização, como o que se refere à inseparabilidade entre gestão e atenção à saúde; portanto, a mudança no modelo de gestão transforma o modelo de atenção. Disto surgem duas questões: “O que queremos mudar?” e “Que forma de gestão é esta que tem causado insatisfação e baixa resolubilidade nos serviços públicos de saúde?”.

Nas oficinas de Humanização promovidas pela Secretaria Estadual da Saúde de Minas Gerais, o tema Humaniza-

ção nos serviços de saúde gera um constante questionamento e uma “fala” que é redundante e simplista, pois tanto a gestão quanto a atenção à saúde se dão sempre entre humanos. Entretanto, suscita uma provocação interessante: “Será que predominantemente a gestão e a atenção têm considerado de fato os seres humanos envolvidos nestas ações ou será que mais se parecem com relações entre máquinas, programadas para cumprir, sem diálogo, não requerem envolvimento e conhecimento de realidades/contextos diversos?”.

Ora, sabe-se que, em sua maioria, os profissionais que trabalham na área da Saúde gostam do que fazem e se dedicam profundamente. E alguns até trazem de suas casas materiais de trabalho que faltam nos serviços ou que os adquiriram com recursos próprios. Entretanto, estas ações isoladas, não impactam numa mudança necessária nestes serviços, pois podem contribuir para a manutenção da situação de sucateamento em que se encontra. É necessário, pois, rever as posturas, os comportamentos de todos os atores destes serviços.

É fácil observar, como é bem divulgado, a fragmentação dos serviços, a falta de comunicação entre os setores de um mesmo serviço, entre as diversas categorias profissionais, entre a comunidade usuária e os profissionais e entre os gestores e estes. Tudo isso produz uma falta de visão sistêmica do trabalho, a perda da finalidade principal das ações e a falta de autonomia (comprometida com o social) de trabalhadores e usuários. Este cenário, sem a efetiva participação social e organização coletiva, contribui para o predomínio de interesses particulares e partidários nos serviços públicos de saúde, desviando-os dos interesses coletivos.

O modelo de gestão hegemônico é herança do taylorismo e do modelo gestor tecnoburocrático. Segundo Chanlat (2002), o modelo taylorista (Taylor, 1911) caracteriza-se pela divisão muito fragmentada do trabalho, produção sob premência do tempo, tarefas repetitivas, direito de expressão muito reduzido, divisão entre os que concebem e os que executam o trabalho, com um sistema de controle dos trabalhadores altamente elaborado.

O modelo de gestão tecnoburocrático surgiu quase no mesmo período do taylorismo e foi descrito por Weber (1971). Manifestou-se, inicialmente, na esfera estatal, para depois se estender para outras organizações de maior ou menor porte. Este modelo “caracteriza-se por pirâmide hierárquica desenvolvida, divisão do trabalho parcelada,

¹ Pós-graduada em Saúde Mental e Trabalho, especialista em Psicologia Hospitalar e em Consultoria Organizacional, Membro da Equipe Técnica responsável pela implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, Docente da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e Consultora do SEBRAE da Pr-Saúde. Contato: terezapeixoto@ig.com.br

regulamentação escrita onipresente, grande importância conferida aos especialistas e técnicos, controles muito sofisticados, comunicação difícil entre os escalões da empresa, centralização do poder, autonomia relativamente fraca para os patamares inferiores e um direito de expressão muito limitado” (CHANLAT, 2002).

Os modelos citados aumentaram a produtividade na esfera industrial, mas trouxeram doenças no trabalho e grandes dificuldades gerenciais, como o absenteísmo, falhas intensas na comunicação, desmotivação no trabalho, transgressão às normas, dentre outros; problemas que comprometeram a qualidade e eficácia no trabalho. Isso ocorreu no setor industrial. E no setor Saúde, que é bem diferente deste? Neste último, como afirma Merhy (2005), primeiramente tem-se como característica que o trabalho é produzido no mesmo momento em que é consumido e o produto do trabalho é indissociável do processo que o produz. Em segundo lugar, o usuário é parte integrante desta realização, ele recebe a ação e é agente dela.

A terceira questão a se considerar são os saberes do trabalhador, sua experiência, seu preparo, disposição para interagir, os quais são imprescindíveis para a construção da relação com o usuário que deve ser ouvido, compreendido e estimulado a ser ativo no processo de seu tratamento; esta interação é fundamental para a realização eficaz do trabalho. Por último, o trabalho em Saúde é coletivo, envolve vários setores e, entendendo-se saúde humana em sua integralidade, é necessária a ação conjunta de várias categorias profissionais bem integradas e articuladas e outras instituições, como as das áreas de Educação, Ação Social etc. para a efetiva resolubilidade dos problemas apresentados pelos usuários.

Sendo assim, o trabalho na área da Saúde requer primordialmente uma melhoria nos inter-relacionamentos humanos, excluindo-se aqui o pacifismo simplista de discursos manipuladores e propagandistas.

É necessária uma gestão do trabalho que apóie espaços de aprendizado, estimule reflexões críticas sobre seus processos, articulação de conhecimentos adquiridos com a prática cotidiana com os teóricos, avaliação dos serviços e que amplie a informação e participação de profissionais e usuários. Espaços estes que devem ser dinâmicos e vivos, administrando suas disputas e conflitos de interesses entre os diferentes atores sociais, mas focado primordialmente na finalidade principal do trabalho em saúde. Campos (2006) afirma que uma das principais finalidades da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e justiça social, realçando a importância da vida enquanto critério de julgamento para as ações humanas.

Desta forma, estamos falando de um modelo de gestão humanizado, que, sem dúvida nenhuma, proporciona atenção Humanizada com respeito à singularidade das pessoas e acolhimento resolutivo à saúde.

Considerações Finais

Como consideração final para este artigo é importante não esquecer que a gestão humanizada é construída cotidiana e continuamente, por todos, pois requer mudança de postura de todos os atores na organização: trabalhadores, gestores e usuários. Os modelos hierarquizados e autoritá-

rios com o quais estamos familiarizados construíram formas de pensar e de agir autoritários, excludentes e onde há pouco espaço para o diálogo. É necessário, então, reconhecer primeiramente que, além de modelos de gestão diferentes e de estímulo à mudança de postura das outras pessoas, precisamos mudá-las, como ponto de partida, em nós mesmos.

Referências Bibliográficas

CAMPOS, G.W.S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre sujeito e o mundo da vida. In: PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.85-95.

CHANLAT, J.F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELLOS, J. **Recursos humanos e subjetividade**. 4ª.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p.118-128.

MERHY, E.E. **Saúde – a cartografia do trabalho vivo**. 2ª.ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

TAYLOR, F.W. **The principles of scientific management**. New York: Harpes & Row, 1911.

WEBER, M. **Économie et société**. Paris: Plon, 1971.