

Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de produção de novos sujeitos

Hospital humanization: changes in the management and in the health care practices producing new subjects

Dário Frederico Pasche¹

RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar a Política Nacional de Humanização (PNH), fundamentando, entre outros, sua opção pelo método da inclusão, como orientação ético-política de seu modo de fazer, seu modo de lidar com problemas e desafios que permanecem no campo da gestão e do cuidado. A partir dessa explicitação, são apresentados alguns elementos e forças responsáveis pela produção de problemas importantes no campo da gestão dos processos de trabalho nos hospitais, os quais incidem na emergência de fenômenos adjetivados de “desumanização” da gestão e do cuidado. Por fim, no cerne destas questões, apresentam-se algumas “pistas” para ação institucional no contexto hospitalar, na perspectiva de se lidar com essas situações problemáticas, a partir do pressuposto de que seu enfrentamento, contorno, ultrapassagem e resolução são mais estáveis e ganham novas possibilidades quando resultam de processos coletivos, portanto, quando acionados pelo método da inclusão proposto pela PNH.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Administração Hospitalar; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

The article aims is to introduce the National Humanization Policies / Política Nacional de Humanização (PNH), as the basis, among others, for its option for the inclusion method, as ethical-political guidelines of its way of doing, way of dealing with problems and challenges in the field of management and care. From this explanation, some elements and forces are presented, which are responsible for important problems in the field of management of hospital work processes related to the emergency of the phenomena of management and care “dehumanization”. Finally, in the core of these issues, some “clues” are presented for the institutional action in the hospital context, to solve these problematic situations, assuming that the lineament, overcoming and resolution of these situations are more stable and acquire new possibilities when generated as a collective process, therefore, with the Inclusion Method proposed by PNH.

Key words: Health Care Humanization; Health Care Management; Health Single System; Hospital Administration; Hospital Health Care.

INTRODUÇÃO

O texto visa a apresentar possibilidades da incidência da humanização como método no enfrentamento de problemas na gestão e na organização de processos de trabalho nos hospitais. Primeiramente, será discutida a relação entre a produção de mudanças nas organizações e a produção de novos sujeitos, a partir do pressuposto

¹Enfermeiro, Sanitarista, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva
Coordenador Nacional da Política de Humanização/
Ministério da Saúde
Professor Adjunto Departamento de Enfermagem/
Universidade Federal de Santa Catarina

Endereço para correspondência:
SQN, 402. Bloco S, apto. 206.
Asa Norte. Brasília. DF
CEP: 70834-190
E-mails: dario.pasche@saude.gov.br;
dario.pasche@ig.com.br

de que as mudanças, para serem mais estáveis e eficazes, dependem de processo de deslocamentos subjetivos e identitários do conjunto dos sujeitos que atuam na organização, os quais passam, então, a se perceber como importantes produtores da realidade institucional. Na sequência, é apresentada a Política Nacional de Humanização, destacando-se seu método, qualificado como “método da inclusão”. A inclusão como método é proposição ético-política que aposta na possibilidade da produção de mudanças nas organizações de saúde, desde a inclusão nos processos de interpretação e análise, bem como de intervenção, do conjunto dos sujeitos da organização. Por fim, considerando características da gestão dos hospitais, ainda marcada pela racionalidade gerencial de filiação à Escola da Administração Científica, são apresentadas algumas “pistas metodológicas” para o enfrentamento de problemas que se originam, entre outros, dos modos de gestão e de organização da estrutura de poder e dos processos de trabalho nos hospitais.

As mudanças na saúde dependem da produção de novos sujeitos

Produzir mudanças na direção da efetivação do direito à saúde e da dignificação do trabalho em saúde tem sido um sério desafio nos processos de reforma sanitária no mundo inteiro. Afinal, seria possível produzir mais e melhor saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a satisfação e realização profissional dos trabalhadores da saúde? Como enfrentar a crise no SUS¹, em suas organizações e em suas respostas sanitárias, considerando características intrínsecas do trabalho em saúde e de suas organizações, como a autonomia dos trabalhadores, a forte presença de trabalho imaterial, do trabalho vivo-em-ato², que não é completamente regulável³?

Segundo referências conceituais e metodológicas recentes, mas já consolidadas, no campo da saúde no Brasil as mudanças estão diretamente associadas à produção de novos sujeitos.⁴⁻⁷ Esta afirmação, instigante, por certo, indica, entre outros, que a produção de novos efeitos do trabalho em saúde, como a ampliação da eficácia das práticas clínicas e de saúde pública, a melhoria no atendimento, a redução de filas, aumento da eficiência, entre outros, corresponde a reposicionamentos de usuários, gestores e trabalhadores nas práticas de saúde, o que é, sem dúvida,

uma profunda mudança de perspectiva, considerando a tradição de gestão do trabalho na saúde.

A tradição de gestão na área da saúde no Brasil, construída hegemonicamente sob a visão taylorista, constitui o que Campos⁸ definiu como racionalidade gerencial hegemônica. As marcas principais dessa racionalidade são o controle sobre os operadores, hierarquização e a fragmentação do trabalho, com centralização do poder e uso da função de supervisão como recurso de regulação e controle do trabalho. Os efeitos disto, entre outros, tem sido a alienação, a baixa responsabilização e a insatisfação dos trabalhadores e, conseqüentemente, perda de eficácia das práticas de saúde. Especificamente no campo da saúde, aparecem associados a esse modo de gestão fenômenos que ganham o qualificativo genérico de “desumanização na saúde”: trabalhadores tratados como recursos e insumos e usuários considerados objetos, o que tem levado à perda significativa do sentido do trabalho⁹ e do cuidado, um dos principais indicadores da alienação no trabalho.⁸

Alterar essas características do trabalho e do cuidado em saúde impõe a construção de novos paradigmas, com os quais se querem produzir novos efeitos. E é dessa tradição crítico-criativa que a Política Nacional de Humanização¹⁰ emerge como aposta na produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar na saúde.

Política de Humanização da Saúde: inclusão como método para produção de saúde

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar movimento ético, político-institucional e social para alterar os modos de gestão e os modos de cuidado em saúde. A PNH é uma inflexão do SUS, portanto, emerge de análise de sua própria experimentação como política pública e prática social. Esse desvio, todavia, corresponde, de um lado, ao reconhecimento dos avanços e acúmulos do SUS e, de outro lado, se situa na necessidade de enfrentamento de limites e desafios, cuja superação é condição *sine qua non* para a sustentação político-social e qualificação da política pública de saúde.¹¹

Assim, reconhece-se que no próprio SUS há um conjunto de experimentações que têm sido capazes de lidar com eficácia na resolução de problemas na complexa dinâmica de implementação da política

pública de saúde, as quais podem, então, iluminar novas práticas, servindo de referência conceitual e metodológica para a produção de novas realidades sociais e institucionais.

A emergência do tema da humanização no SUS trouxe, sem dúvida, uma série de novos desafios. O primeiro deles foi constituir “sentido para a humanização”, haja vista sua imediata associação ao benévolo, ao positivo, à hospitalidade, à interação harmoniosa entre sujeitos. Quando no SUS se tomou a tarefa de humanizar as práticas de gestão e de cuidado, não se partiu para a mobilização de estratégias para o combate do que poderia ser tomado como seu oposto – as práticas desumanas e desumanizadoras. Movimento nessa direção, conforme Passos e Benevides¹², poderia viabilizar uma política moral e moralizante, de busca de culpados pelos problemas no campo da saúde. Nessa direção, muito provavelmente se teria forjado movimentos de humanização na saúde sem necessariamente seus efeitos corresponderem à produção de novos sujeitos, senão atores que passariam a ter certos comportamentos e atitudes pelo constrangimento da regra, pela imposição do que lhes é externo, logo, dependentes de processos de controle, vigilância e punição. Ou seja, muito provavelmente não se alterariam os elementos que participam de forma decisiva no engendramento dos problemas, ampliando-se o exercício do controle administrativo sobre os agentes das práticas, ratificando a racionalidade hegemônica no campo gerencial de inspiração taylorista.⁸

A opção por se tomar a humanização como política pública no SUS foi para afirmá-la como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Valor substantivo, imanente da ação de homens e mulheres no campo da saúde, que orienta e preside as ações, as atitudes, para afirmação de uma nova ética: a de colocar no primeiro plano as pessoas, os sujeitos e seus interesses, desejos e necessidades. Dessa forma, sujeitos que em relações mais democráticas, cotejando diferenças, seriam mais capazes de compor planos comuns, sínteses singulares advindas de processo de negociação regidos pelo interesse público e coletivo.

Assim, toda dificuldade e delicadeza que o tema da humanização da saúde trazia – e ainda traz – estão situadas em uma questão de método do *como fazer*: como lidar e ultrapassar problemas de gestão e do cuidado considerando a humanização como um valor ético-político das práticas de saúde? Esta “entrada” pelo método modifica a tradicional perspectiva das políticas de saúde, que em geral partem e apostam no *como deve ser*, tomando por perspectiva

resultados e metas previamente estabelecidos. Situa-se, então, no horizonte da prescrição, da ação normativa que se impõe como força heterônoma sobre os sujeitos, que devem percorrer determinados caminhos, os quais asseguram acesso a recursos públicos. A lógica aqui presente é da ação programática e normativa¹³, que tende a homogeneizar realidades e a desconsiderar singularidades dos territórios.

A partir dessa delimitação se estabelecem a função e a tarefa da Política Nacional de Humanização: contribuir para a construção de modos de fazer para que o universo da rede SUS – seu significativo contingente de usuários, trabalhadores e trabalhadores investidos da “figura de gestor” – passasse a experimentar novas possibilidades de manejo das tensões e alegrias do trabalho em saúde, alterando modos de gerir e modos de cuidar.

O SUS reclamava, à época, da emergência da humanização como plataforma política da saúde – 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000¹⁴ – por princípios metodológicos que indicassem, então, *certo modo de fazer*, haja vista que o *deve ser* já estava prescrito na base jurídico-legal do sistema de saúde, ou seja, a saúde no Brasil deve ser para todos, produzida com base na integralidade das práticas e na participação cidadã.

Mas de onde se extrairia esse modo de fazer? Ele foi construído da cartografia e análise das próprias experimentações do SUS naquilo que passou a ser denominado de o *SUS QUE DÁ CERTO*. Em 2004, por ocasião do Prêmio David Capistrano¹⁵, constatou-se que um vasto contingente de experiências que haviam modificado processos de gerir e de cuidar em saúde tinham se proposto a um modelo de experimentação baseado na inclusão; propuseram-se a construir processos de mudança como “obras coletivas”.

Assim, de imediato se passou a compreender a humanização como inclusão, como método, como modo de fazer inclusivo e includente. Essa orientação, todavia, não emerge apenas das práticas de mudança em curso, mas se sustenta na tradição e orientação do processo reformista brasileiro no campo da saúde, que se funda e se sustenta na luta radical contra quaisquer formas de autoritarismo, contra o centripetismo, contra formas de governar as organizações de saúde sustentadas pela posição de mando centralizada em um ou poucos sujeitos; portanto, contra práticas de exclusão. A humanização como experimentação nas práticas de saúde passou a ser entendida como aposta ético-política na criação co-

letiva desde a diversidade de interesses, necessidades e interesses dos sujeitos. Exercício de inclusão do outro sem o uso de recursos da violência ou da “antropoemia”, de vomitar e expulsar o outro.¹⁶

Inclusão, na perspectiva democrática, significa acolher e incluir as diferenças, a diversidade. Diversidade da manifestação do vivo, do vívido, da heterogeneidade do humano. Incluir o outro, alteridades, o que não sou eu que me estranha, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria como mal-estar e tristeza. Assim, a inclusão produz a emergência de movimentos ambíguos e contraditórios os quais devem ser sustentados por práticas de gestão que suportem o convívio da diferença e a partir dela sejam capazes de produzir o comum.

Incluir trabalhadores nos processos de decisão, na perspectiva de não manipulá-lo, mas de composição, de acessar e de produzir um plano comum, é desafiante na medida em que se convoca o outro para que ele incida e interfira sobre processos de gestão, considerando a heterogeneidade de interesses e desejos. Provocar em “pacientes” atitudes na direção da construção de mais autonomia no cuidado de si é trazer para a relação clínica a emergência de um sujeito que disputa o cuidado. É exatamente o que produz a inclusão – a perturbação, o estranhamento – que permite a produção de mudanças, pois ela tende a desestabilizar o “estado das coisas”. Incluir é, pois, tomar a perturbação da inclusão, as tensões que aí se produzem como matéria-prima para a construção de modos de gestão afinados com interesses coletivos e práticas clínicas mais aproximadas das práticas de vida dos sujeitos que se singularizam nessa relação. Não como pares em oposição, mas como sujeitos em relação, em composição de consensos que permitem, mesmo que provisoriamente, operar sobre realidades concretas.

A inclusão do outro para diferir, para a produção do comum, necessita, contudo, ser orientada por premissas éticas, políticas e clínicas. E quais seriam esses pressupostos? Aqueles construídos no jogo político-social no processo de construção do SUS, entre os quais o direito à saúde, à universalidade, à integralidade e à participação cidadã, bem como aquilo que a humanidade ao longo da história tem definido como base da ação humana, como a solidariedade, o compartilhamento, a cooperação, a justiça e a não-discriminação.

Incluir o outro não é um exercício passivo. Requer análise crítica daquilo que se traz para o encontro, para a relação. Isto implica assumir a posição de

que toda relação é disputa que remete à definição do que será formado como compromisso e contatado como tarefa, do que será aceito como legítimo, considerando-se determinados pressupostos éticos e diretrizes políticas. Assim, o método da inclusão não propõe adesão ingênua e acrítica àquilo que o outro traz de si, mas, em uma atitude generosa, de acolher essas manifestações, imediatamente, confrontá-las com a multiplicidade dos interesses do outro, do coletivo, para possibilitar a construção de processos de negociação, de *ação com-clinamen*¹⁷, de composição de contratualidades, considerando-se orientações éticas, no caso, aquilo que é desejável e aceitável no plano do cuidado em saúde.

A vontade de agir com clinamen “não se assenta numa ruptura dramática, antes num ligeiro desvio cujos efeitos cumulativos tornam possíveis as cominações complexas ente seres vivos e grupos sociais”¹⁷ e tem como principal efeito produzir deslocamentos subjetivos, identitários e territoriais nos sujeitos, sem os quais a produção do comum não se faz. Humanizar é, pois, possibilitar aos sujeitos das práticas a experimentação de outras perspectivas de construção da existência, mais em lateralidade em relação aos outros, forjando em si e em outros novas atitudes, novas éticas. Ou seja, permitindo a construção de novas realidades sociais, políticas, institucionais e clínicas, emergentes e dependentes da produção de novos sujeitos.

O movimento de inclusão para a produção de deslocamentos subjetivos e identitários para produção do comum é o motor da produção da vida social. É movimento sem o qual a vida plasma sobre o sombrio quadro do dado, do definido, do constituído, onde tudo já está decidido. E tomar o dado como realidade estável e perene, sobretudo contextos da injustiça social e de autoritarismo nas organizações – ainda fortes marcas em nosso país –, é deixar sem contestação, sem constrangimento o mesquinho, a barbárie, a exploração. E, no campo da saúde, isto permite a emergência e a sustentação de experimentações que atentam contra a vida, contra a dignidade humana.

Humanização é, assim, propositura para a criação, *poiesis*. Criação de novas práticas de saúde, de novos modos de gestão, tarefas inseparáveis da produção de novos sujeitos. Tarefa de tornar homens e mulheres mais capazes de lidar com a heterogeneidade do vivo, de reinventar a vida, criando as condições para a emergência do bem comum. Esta é a aposta ética da humanização da saúde.

A perspectiva de inclusão considera, entretanto, princípios e diretrizes. A Política de Humanização toma *três princípios* como orientações gerais para que a humanização na saúde ocorra: a não-separação entre gestão e atenção, que são mutuamente influenciados; ampliação do grau de comunicação entre sujeitos (transversalidade); e aposta e fomento do protagonismo, da capacidade e vontade de fazer e desejar dos sujeitos.¹⁰

Assim, a inclusão está orientada para analisar e modificar práticas de gestão e de atenção, que se influenciam mutuamente; ampliar o grau de contato e de troca entre as pessoas (o que exige deslocamentos subjetivos e identitários); e apostar na capacidade de criar, de acionar vontade e desejo de fazer dos sujeitos.

As *diretrizes* da PNH se apresentam como orientações ético-políticas, as quais informam o sentido da inclusão. Entre estas, estão o acolhimento; a gestão democrática; a Clínica Ampliada; a valorização dos trabalhadores, a defesa dos direitos dos usuários; e o fomento a redes sócias de produção de saúde

Ou seja, a humanização é um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando-se princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos.

Os efeitos da PNH – melhorias no atendimento e democratização das relações de trabalho – decorrem de um processo de enfrentamento de relações desiguais no cuidado/atenção, interferindo diretamente na relação usuário/rede social – trabalhador/equipe de saúde – e também na relação entre trabalhadores e gestores. Assim, a humanização depende do estabelecimento de determinadas condições político-institucionais cujo efeito é o reposicionamento dos sujeitos nas relações clínicas e de trabalho.

Esse reposicionamento – tarefa sempre inconclusiva – depende menos de atos normativos (portarias, leis, etc.) e mais da capacidade das organizações de saúde implementarem espaços coletivos para pôrem em questão seus modos de gerir e de cuidar. Esta é uma direção importante para o enfrentamento de determinadas características de gestão dos hospitais, as quais são responsáveis por boa parte daquilo que vem sendo identificado como problemas e desafios a serem enfrentados nessas organizações de saúde

Humanização nos hospitais: inclusão de sujeitos como aposta na produção de mudanças afirmativas do direito à saúde e da satisfação do trabalhador

Os hospitais são estruturas hipercomplexas e uma “das instituições contemporâneas mais impermeáveis à mudança”.¹⁷ Logo, mexer em sua organização e em seus modos de gestão, tomando por princípio o método da Política de Humanização, não é tarefa que se resolve facilmente.

A tradição na organização da gestão hospitalar tem produzido uma série de fenômenos que têm tornado os hospitais “organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras”.¹⁸ Essas características têm sido realçadas como relevantes na produção de uma série de problemas, entre os quais a oferta de assistência impessoal e fragmentada, a indefinição de vínculos dos pacientes com os profissionais, o que produz baixa responsabilização e descompromisso, fragmentação do trabalho e insatisfação dos trabalhadores.¹⁹

A essas características têm sido agregados como problemas frequentes nos hospitais brasileiros: a existência de sistemas de gestão centralizados, com baixa participação dos trabalhadores; organização do trabalho por categorias profissionais, o que dificulta o trabalho em equipe; segmentação do cuidado pela lógica da seção, da unidade, com fragmentação dos processos de trabalho. Além disto, a estrutura do poder interno tem sido marcada pelo poder técnico-burocrático, em geral pela tradição médica, que disciplina, ordena e controla o conjunto dos processos de trabalho. Isto tem produzido relações bastante hierarquizadas, com divisão desigual do poder e, desta maneira, a vida cotidiana para os trabalhadores dos hospitais tem sido experimentada de forma bastante diversa, tendo em conta a posição que o sujeito ocupa na estrutura organizativa do trabalho.

Existem, ainda, em uma mesma organização diferenças salariais importantes e as condições e regimes de trabalho e as normas administrativas são vivenciadas de forma absolutamente desigual. Assim, o hospital produz e convive com distintas relações de poder, o que produz uma realidade paradoxal, pois enquanto alguns experimentam muita autonomia, outros têm por horizonte a regra; alguns são bem remunerados, outros nem tanto; para alguns, os espaços de autonomia e liberdade são amplos, para outros – maioria –, a força do poder administrativo e seus instrumentos de

controle e submissão são a principal forma de relação e interação com a organização.

Não bastasse isto, a relação com os usuários/pacientes e sua rede sociofamiliar tem sido marcada pela pouca incidência destes na definição do cuidado, com restrições importantes no acesso a informações e aos profissionais.

Outra característica importante dos hospitais no Brasil é sua acentuada liberdade e autonomia de inserção nas redes/sistemas de saúde, sendo frequentes os movimentos de resistência a processos de definição de corresponsabilidades nos territórios sanitários. Têm ocorrido, não raro, no Brasil, casos de hospitais exercerem funções tipicamente de gestão, definindo clientela, modos de financiamento e ação na rede.

Assim, a perspectiva de intervenção sobre essa complexa realidade dos hospitais impõe a necessidade de se deslocarem as intervenções, fazendo-as incidir sobre aqueles elementos que decisivamente interferem na produção da crise. Ou seja, faz-se necessário o enfrentamento daquelas questões que efetivamente originam os problemas, notadamente a arquitetura organizacional e os arranjos de trabalho, que informam a sistemática de definição sobre quem faz o que e sob que condições.

Gastão Campos publicou, no final dos anos 1990, um importante artigo "O antiTaylor"²⁰, que estabelece um novo mote para a problematização da gestão nas instituições de saúde, notadamente os hospitais, propondo a combinação entre um novo método de governar e uma nova geometria para as organizações de saúde. Democracia institucional, produção de sujeitos mais livres e comprometidos, acionando e acionados por um dispositivo central: a roda. A partir de então, temas como a gestão compartilhada do trabalho, a reconstrução da clínica, ampliação dos vínculos terapêuticos e da responsabilização, entre outros, passaram a ser tratados de forma inédita, questões que o autor desenvolve em vários textos, cuja síntese se encontra no livro "Método da Roda".⁸

O cenário dessa formulação incluía-se naquilo que Campos²¹ havia anunciado como a *reforma da reforma*. E que reforma seria essa e quais suas direções? Buscar articular serviços em rede sob a ótica da gestão pública; recriar/reinventar os serviços de saúde, democratizando-os e permitindo a expressão dos interesses e necessidades de trabalhadores e usuários, de tal forma que fosse possível tomar as organizações de saúde ao mesmo tempo como produtores de valor de uso (de serviços com utilidade

para a sociedade) e como espaço de produção de novos sujeitos. Lançava a discussão, nesta via, sobre as finalidades das organizações, que não se restringiam, como se advogava predominantemente, à produção de serviços e bens, incluindo entre seus fins produção de sujeitos.

As organizações de saúde passaram a ser compreendidas, desta forma, também como "máquinas" de produção subjetiva.⁵ Ou seja, são máquinas subjetivadoras, com função ontogenética. Isto implica conceber que determinados modos de gestão incidem diretamente na conformação de processos de subjetivação. Nesta perspectiva, uma gestão mais democrática das organizações, que desafia os sujeitos à criação e ao uso de recursos dialógicos para produção do comum, mais flexíveis à composição entre distintos interesses e necessidades, entre outros, tendem também a produzir sujeitos mais livres e autônomos, efeitos que se estendem para além do local de trabalho, interferindo, então, nos demais campos da vida, incidindo sobre o conjunto das relações socioafetivas dos sujeitos.

Assim, as mudanças na gestão não seriam motivadas apenas para "conformar" sujeitos mais aptos e eficazes à produção de bens e serviços, mas também por uma orientação ético-política: a gestão pode ser espaço importante para a produção de novos sujeitos, mais livres, mais criativos, mais solidários, mais capazes de se deslocarem de interesses imediatos, portanto, mais capazes de suportar a existência em panoramas mais heterogêneos, nos quais a expressão do humano como força social e política é mais diversa. A gestão teria, nessa direção, a capacidade de produzir sujeitos melhores.

Pari passu a essa concepção, uma série de novos conceitos e pressupostos foi produzida no campo da gestão, favorecendo a construção de novas perspectivas para a reorganização da arquitetura dos serviços de saúde e de seus processos de trabalho. Entre esses conceitos, tomam destaque:

- Tomar no processo de organização do trabalho das equipes de saúde as finalidades da instituição e/ou do setor/área (em contraposição à organização por saberes específicos);
- considerar que todo trabalho em saúde está disposto em rede, sustentando-se em determinados modos de conversação²² e interação^{23,24}, que reafirmam ou retificam modos de comunicação mais ou menos potentes para a produção de trabalho em equipe;

- compreender que as organizações de saúde conformam realidades hipercomplexas, produtoras de grande variabilidade de conexões invisíveis e opacificadas;
 - tomar o adoecimento humano como fenômeno complexo, o que exige ação articulada e integrada entre múltiplos territórios de saberes e práticas; a produção de saúde como projeto de ampliação da autonomia com o outro;
 - acolher a diversidade, a pluralidade e a multiplicidade social e subjetiva dos sujeitos como requisito para a composição de projetos comuns;
 - compreender que o cuidado é sempre singular e sua potência como promotora da vida decorre da qualidade da relação entre os sujeitos.
- Ampliar a *experiência democrática nas instituições*, o que requer mudanças nos arranjos e nos modos de gestão. Essa linha de mudança mostra a necessidade de:
 - horizontalização da estrutura hospitalar, com dissolução/diminuição das estruturas político-administrativas que segregam a gestão do cuidado. Em outras palavras: “achatar” o organograma do hospital, aproximando da assistência a experiência de gestão dos espaços reais do cuidado;
 - criação de *unidades de produção*²¹, articulando processos de trabalho em equipe tomando por referência a tarefa/objetivos da área/setor;
 - criação de *espaços coletivos* para a produção de acordos/contratos mais compartilhados e coletivos sobre modos de funcionar e modos de organizar a assistência e o cuidado.

Essas compreensões têm orientado uma vasta gama de experiências na rede SUS, permitindo a emergência de novos patamares ético-políticos nas relações sociais do trabalho, mais afirmativas da singularidade de cada um dos territórios disciplinares que, dispostos em rede com os demais, têm permitido a composição de novos compromissos e processos de corresponsabilização.

Na perspectiva da Política de Humanização, o que está em jogo não é propriamente a “restauração” ou recuperação da vocação e missão dos hospitais na produção de saúde, mas a invenção de determinados processos que, ao mesmo tempo, atinjam esse fim, sejam capazes de produzir novos sujeitos, que, por sua vez, sustentem em torno de compromissos ético-políticos aqueles efeitos de mudança nas organizações.

De outra parte, os problemas ressaltados como “desumanização” têm estreita e direta relação com as formas de organização e de gestão dos processos de trabalho nos hospitais, o que impõe a necessária tarefa de alterá-los. Ou seja, as mudanças que se imaginam necessárias serão mais efetivas e resolutivas se forem capazes de alterar a lógica de organização do poder nas organizações.

Essas questões salientam a **necessidade de produzir mudanças na gestão dos hospitais**, o que alteraria sua dinâmica interna de poder e sua relação com os demais serviços da rede de saúde.

Tomando a humanização da saúde como referência para essas mudanças, algumas “pistas metodológicas” podem ser acentuadas na definição de estratégias para enfrentamento dos desafios da gestão hospitalar. Essas “pistas” se desdobram em quatro grandes linhas de intervenção:

- Ampliar o exercício mais compartilhado e corresponsabilizado da clínica, o que pressupõe avançar:
 - no exercício do trabalho em equipe, com construção mais consensuada sobre a inserção de cada um dos núcleos de competência e responsabilidade na atenção geral e na conformação de projetos terapêuticos, bem como na sustentação do campo comum de ação da equipe;
 - na definição para cada usuário/caso de profissional/equipe responsável, articulando desde a comunicação com a rede sociofamiliar até a construção e garantia de linhas de cuidado integral, o que exige ação interdisciplinar e interinstitucional.
- Desenvolver estratégias de inclusão do usuário e da sua rede socioafetiva nos processos de cuidado:
 - Inclusão da rede afetiva e social do usuário/caso no cuidado, além de direito de cidadania – é potente estratégia para (1) a corresponsabilização no processo de cuidado e (2) defesa dos interesses dos usuários nas organizações de saúde, cuja dinâmica de funcionamento, quando não “vigiada”, tende a dar vazão a processos de atitudes perversas que atentam contra a dignidade humana.
- Ampliar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde (hospital pertence a uma rede), pois:

- o hospital é recurso estratégico para a produção de saúde de uma sociedade e sua inserção/modo de atuação interfere de forma decisiva na qualidade do cuidado em saúde, logo, na qualidade de vida de uma população;
- toda reforma de saúde no contemporâneo é de alguma maneira uma estratégia de desospitalização. Isto não significa enfraquecer o hospital, senão adequar seu papel e posição na rede, garantindo que seus recursos (estratégicos e escassos) sejam utilizados o mais adequadamente possível;
- a capacidade de ação e a eficácia dos hospitais dependem do desempenho da rede básica, que deveria se apresentar como o principal “ponto” de interação e inserção dos usuários com a rede de serviços. Assim, é necessário assumir de forma radical a ideia-princípio de que “todo cidadão tenha garantido o direito a uma equipe que lhe cuide”, o que possibilitaria a ampliação da responsabilidade microssanitária de equipes de saúde, sem o qual qualquer reforma sanitária não se viabiliza;
- o hospital, nessa perspectiva, passa efetivamente para a condição de retaguarda, suporte e referência para o cuidado integral, possibilitando a utilização mais criteriosa de tecnologias de alto custo.

Na perspectiva de humanização faz-se necessária a construção de novas experimentações no campo da gestão dos hospitais, as quais deveriam incidir sobre dois grandes componentes: de um lado, ampliar o exercício da democracia institucional, o que implica incluir nos processos de gestão a totalidade de seus operadores; de outro lado, inscrever efetivamente as organizações hospitalares como equipamentos de saúde na rede de saúde, disciplinando sua ação com base no interesse público da coletividade.

Essas linhas de intervenção, obviamente, não esgotam as ofertas que no próprio SUS têm sido experimentadas no campo da gestão e atenção hospitalar. Todavia, elas têm a potência de disparar processos, os quais abrem possibilidades de se incorporarem e ampliarem modos de gestão e de cuidado, visando às realidades institucionais singulares. Ou seja, não há qualquer possibilidade de se construir estratégias e pautas de intervenção que estejam fora do contexto singular das organizações.

CONCLUSÃO

A aposta da Política de Humanização para superação do atual estágio de problemas de gestão e atenção hospitalar é de que se faz necessário incluir os sujeitos de suas práticas em todos os processos de decisão. Nessa condição e posição, os trabalhadores se adequam no próprio processo de reinvenção das instituições. Porém, a “humanização dos hospitais” corresponde, de um lado, a *efeitos da construção de novas arquiteturas organizacionais*, as quais deveriam permitir mais “superfície de contato” entre seus operadores. Propiciar mais contato entre membros das equipes de saúde, com a oferta de mais espaços coletivos de troca para a experimentação de exercício crítico-reflexivo sobre o trabalho, para alterá-lo segundo diretrizes ético-política da gestão, da clínica e da política de saúde, é aposta fundamental para se ampliar a implicação dos trabalhadores com o fazer cotidiano do trabalho em saúde. De imediato, combate-se por essa linha de ação a alienação no trabalho, que no campo da saúde é responsável, entre outros, pela queda da eficácia das práticas clínicas e de gestão.

De outro lado, a humanização como efeito de novos arranjos organizacionais prescinde da instauração de dinâmica coletiva do trabalho, ultrapassando modos tradicionais de organização do trabalho em saúde nas organizações, muito marcado que são pela lógica corporativa, que tende à segregação e ao exercício de poder como ação sobre os outros desde a lógica das profissões. Trabalho mais partilhado e experimentado em equipe, por certo, a construção de espaços coletivos para o exercício da reflexão e tomada de decisão. Ou seja, a instauração de rodas para que se possa compartilhar a experiência de ser trabalhador na singularidade daquela equipe naquela instituição e, também, que isto permita a formação de novos compromissos e a contratação de tarefas, corresponsabilizando o conjunto dos sujeitos.

No entanto, para que o exercício reflexivo e criativo da roda seja eficaz, a humanização indica a necessidade de se tomarem princípios e diretrizes, os quais orientam novos fazeres na clínica e na gestão. E esses pressupostos éticos são os mesmos que fundam o SUS, como o direito à saúde, o direito a ser cuidado, o direito a práticas integrais e de participação na gestão do cuidado, bem como construções éticas da humanidade, os quais devem comparecer incessantemente no trabalho em saúde, como a soli-

dariedade, a tolerância, a justiça e o acolhimento da diversidade da manifestação do vivo, com as diferentes opções religiosas, sexuais e políticas.

A humanização como movimento ético-político no SUS, em suas organizações e na sociedade em geral, sem dúvida contribui para o aprimoramento de nossa experiência civilizatória e democrática.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):301-6.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(3):555-61.
4. Campos RO, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 669-88.
5. Pasche DF. Gestão e subjetividade em saúde: elementos para uma reforma da saúde. In: Pasche DF, Cruz I. *A saúde coletiva: diálogos contemporâneos*. Ijuí: Editora Unijuí; 2005. Coleção Saúde Coletiva.
6. Figueredo MD, Furlan PG. O Subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS; Guerrero AVP (organizadores). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 154-78.
7. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
9. Antunes R. *Os sentidos do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Boitempo; 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza-SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
11. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(Supl.1):701-8.
12. Benevides RD, Passos EH. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17): 389-94.
13. Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
14. Brasil. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: relatório final. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde, 2001. 188 p.
15. Mori ME, Oliveira OVM. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a co-gestão em ato. *Interface (Botucatu)*, 2009; 13(supl.1):627-40.
16. Bauman Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
17. Santos BS. A queda do Angelus Novus: o fim da equação moderna entre raízes e opções. In: Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez; 2006. cap. 1, p.51-92.
18. Campos GWS. Prefácio. In: Araújo GF, Rates SMM. *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte. Sigma; 2008.
19. Rates SMM, Campos GWS. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: Araújo GF, Rates SMM. *Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens*. Belo Horizonte: Sigma; 2008.
20. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública*. 1998; 14(4): 863-70.
21. Campos GWS. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1992.
22. 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; 2003. p. 89-111.
23. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103-9.
24. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros EB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco; 2007. p. 161-78.