

Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico

Human resource management in health and humanization: a hermeneutical perspective

Administración de recursos humanos en salud y humanización: el sesgo hermenéutico

José Guilherme Wady Santos

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

Maria Angélica Alberto do Espírito Santo

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil

RESUMO

A Política Nacional de Humanização é considerada uma forte possibilidade de reconstrução da produção do cuidado em saúde. Diversos estudos a têm discutido sob as perspectivas teórico-prática e/ou filosófica que lhe dão sustentação. Este artigo também se habilita a discuti-la, mas sob o viés da administração de recursos humanos em saúde. Para tanto, consideramos que é no interior dessa prática que as relações também são intensamente marcadas pelo trabalho vivo em ato e, por isso, é nelas que devem ser mapeados, principalmente, os novos territórios das chamadas tecnologias relacionais. É nessa atividade que se dá a condição unívoca de constituição das (inter)subjetividades que permeiam as relações que marcam os encontros ocorridos na área, e onde se dá a produção de significados que medeiam a relação homem-mundo/texto. Tal possibilidade centrou-se na hermenêutica de Gadamer, no que ela pode contribuir para a ampliação dessa política e para o viés aqui enfocado. Defende-se que a política de humanização se configure para além de suas próprias diretrizes, devendo transcender às prescrições tecnicistas e aos modos de produção de sujeitos atuais, destacando a urgência de se rediscutir a categoria sujeito dentro da gestão precarizada do trabalho. Defende-se a possibilidade de mudança nos encontros tradicionalmente marcados por modos de desafetação/desvinculação do outro para um encontro onde os coletivos possam estar ancorados pela dialogicidade defendida por Gadamer, o que poderia levar ao reconhecimento dos diferentes atores que coabitam o serviço, reconhecendo-os mutuamente como sujeitos legítimos.

Palavras-chave: Administração de Recursos Humanos em Saúde; Humanização da Assistência; Filosofia Médica.

INTRODUÇÃO

A palavra "humanização" faz parte do vocabulário daqueles que têm relação direta ou indireta com a assistência à saúde desde há algum tempo. Tanto o Ministério da Saúde (MS) como a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ apoiam projetos considerados referência na rede de saúde pública, tais como o Maternidade Segura e o Método Canguru, cujas práticas são fundamentadas pelo princípio da humanização.

Essa temática, no entanto, passou a ser legitimamente discutida e até a constituir um dos fundamentos sobre os quais as práticas de assistência à saúde passaram a se apoiar a partir de dois fatores, ambos ocorridos no ano de 2000: o primeiro, em maio, foi a instituição do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNNAH), feita pelo MS. Sua centralidade voltava-se para o hospital como campo de intervenção privilegiada e cuja verticalidade das relações orientava-se por instrumentos normativos, operacionalizados de modo a possibilitar a

realização de metas e índices, sem considerar sua resolutividade e qualidade². O segundo foi a inclusão da temática na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro daquele ano. À época, a concepção do programa estava pautada no aprimoramento das relações entre profissionais; entre usuários-profissionais (esfera das interações face a face) e entre a instituição de saúde e a comunidade (esfera das interações sociocomunitárias) e cujo objetivo era a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições. Atualmente há a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS)³, caracterizada pela transversalidade na tentativa de imprimir um conjunto de princípios e diretrizes que demarcam a valoração dos diferentes atores-sujeitos participantes no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores).

Ao longo desses anos, a temática "humanização" tem suscitado diversos estudos, com objetivos os mais variados^{4,5,6}. De forma geral, os trabalhos discutem a humanização a partir das perspectivas teórico-prática e/ou filosófica que lhes dão sustentação e procuram relacioná-la a algumas demandas antigas presentes na área, tais como: 1) democratização das relações que configuram os atendimentos; 2) maior diálogo e melhor comunicação entre profissionais e usuários⁷; e 3) reconhecimento das expectativas de profissionais e usuários, como sujeitos do processo terapêutico⁸.

Correspondência / Correspondence / Correspondencia:

José Guilherme Wady Santos

Universidade Federal do Pará, Campus José da Silveira Neto, n° 01
Bairro: Guamá
CEP: 66075-110 Belém-Pará-Brasil
Tel: +5591 3201-8024
E-mail: wady@ufpa.br

Considerando-se a complexidade da área da saúde, o grande desafio parece residir não só na formulação da Política Nacional de Humanização (PNH), mas também, e como consequência, na sua implantação. No primeiro caso, se vista em si mesma, como uma política cujo aporte configura-se não como um estado de coisas, mas como um devir; como um projeto existencial de caráter político, como um projeto para a *polis*⁹. E se assim for, o devir da política de humanização se faz necessário dentro de um contexto onde a condição *sine qua non* para o produzir saúde é a mesma subjetividade refletida na obra individual e coletiva que necessariamente é perpassada por outras tantas subjetividades (usuários). Dentro da atual política, implica, portanto, em garantir não apenas os direitos desses últimos, cujo lugar de sujeito enfermo seria reconquistado, mas de reconhecer os direitos dos atores envolvidos na produção do cuidado e explicitando a centralidade do papel dos trabalhadores na "encruzilhada entre técnica, ética e política", bem como as condições reais que sustentam o processo de trabalho².

No segundo caso, podemos considerar as evidências de impasse na implantação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS): financiamento insuficiente; crescimento da atenção primária em ritmo e qualidade aquém da necessidade; regionalização e integração entre esferas de governo e serviços quase virtuais; eficácia e eficiência de hospitais e serviços abaixo do esperado¹⁰; frágil vínculo entre trabalhadores e usuários; precarização das relações de trabalho e heteronomia dos trabalhadores acerca de sua participação na gestão dos serviços¹¹. Estas questões, de forma invariável, impactam fortemente em qualquer política daquela natureza.

Muito embora a PNH seja, idealmente, uma política transversal, o que pretendemos é discuti-la sob o viés da administração de recursos humanos. Em conformidade com a perspectiva da política, não queremos circunscrever as relações construídas na produção do cuidado aos processos de trabalho, o que implicaria desconsiderar os diversos saberes (e supostos poderes) presentes na produção do cuidado em saúde. Buscamos, ao contrário, destacar a dimensão dos processos de produção de saúde, uma vez que é nela que está situada a construção das relações de adesão ou recusa do que é proposto pela política e pelos gestores², e é onde se encontra uma importante lacuna de investigação, em associação com o tema da humanização¹².

Dentre os estudos que se aproximam da discussão do viés aqui enfocado, encontram-se os que ou se referem a uma categoria profissional específica, discutindo-a sob o ponto de vista de profissionais de enfermagem^{13,14}; ou analisam criticamente a noção de qualidade de vida no trabalho (QVT), considerando as contribuições do campo da saúde do trabalhador¹⁵; ou ainda, a discutem levando em conta a categoria de profissionais de saúde, mas dentro de um contexto específico (Centro de Referência e Treinamento – CRT/Aids), centrando a pesquisa nos fatores psicosociais do trabalho (FPST)¹⁶, que não são menos importantes. Portanto, a discussão sobre humanização ainda se faz a certa distância do viés de quem produz o cuidado em saúde, pelo menos no que se refere à articulação entre gestão e trabalho. E, se assim o for, essa

perspectiva, de importância ímpar, tornar-se-á incapaz de realizar concretamente a clínica do sujeito em uma gestão de caráter político-comunicacional. Isso pode contribuir para uma realidade que nos apresente uma "clínica degradada", cujos atores dela participantes não terão a defesa da vida como o princípio norteador de sua atuação em saúde¹⁷.

É a partir desse contexto, portanto, que pretendemos, considerando a PNH e levando em consideração a hermenêutica de Gadamer, fazer algumas reflexões sobre a administração de recursos humanos na saúde, no que diz respeito à sua atual conformação precarizada.

Antes de tal pretensão, é imperativo assumirmos a humanização como um projeto compromissado com o ato de cuidar, firmado entre o uso que deve ser feito dos avanços das tecnociências em saúde, e a perspectiva de superação da negação do outro em sua alteridade. O objetivo fundamental, e de devir, desse projeto, é compreender a existência humana no sentido heideggeriano.

HUMANIZAÇÃO E HERMENÊUTICA: EM BUSCA DO ELO PERDIDO EM RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE

De modo geral, hermenêutica significa a arte e a ciência de interpretação¹⁸. Essa palavra, etimologicamente ligada ao deus grego Hermes, designa práticas e referenciais teóricos completamente diferentes, mas com sentido lato de interpretação e compreensão comum⁹. Sem pretender fazer um exame rigoroso e exaustivo da hermenêutica, e particularmente da hermenêutica filosófica de Gadamer, é necessário levar em consideração a vinculação/ancoragem entre o **ser** e o **tempo**, presente na proposta desse autor. Para ele, no processo de compreensão, há uma linguisticidade - que se inscreve no **ser** - e uma historicidade - que se inscreve no **tempo**. Assim, aquela interpretação ou, propriamente falando, a compreensão, está relacionada ao entrelaçamento de dois horizontes (de compreensão): o horizonte do texto (do outro) e o horizonte de quem (de si próprio) o quer interpretar. Por isso, quem se pretende à compreensão não deve partir de arbítrio próprio, julgado com base em suas concepções próprias; não deve ignorar as opiniões do texto de modo mais obstinado e consequente possível. A consciência, que é receptiva à alteridade do texto deve, sempre, já mostrar sua formação hermenêutica¹⁹.

No entanto, esse afastamento não significa, de antemão, uma imparcialidade, muito menos anular-se a si próprio, ou uma assimilação "a nós"; mas uma tomada consciente de suas concepções prévias e individuais. Isso implica a tomada de consciência das próprias opiniões para que o texto, por sua vez, se apresente em sua alteridade, o que permitirá o confronto entre "o verdadeiro" e as concepções acima pontuadas. Portanto, também passamos a assumir que o compromisso prático com a transformação presente na hermenêutica gadameriana produz o necessário distanciamento crítico, ainda que o fundamento de sua filosofia hermenêutica não esteja voltado para a investigação da ação social⁹.

Essa questão aponta para a possibilidade de um diálogo entre o **outro** e o **eu (o si próprio)**, na medida em que na hermenêutica de Gadamer está presente uma complexa dialética de perguntas e respostas, onde o interpretado suscita perguntas para o intérprete, e que levam esse último a possibilitar ao primeiro, proposições dessas perguntas⁹. E o compreender incessante segundo o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo¹⁹, se dá exatamente por meio da dialética apontada acima.

Considerando os aspectos da hermenêutica gadameriana até aqui descritos, passamos a apontar algumas proposições acerca da PNH. O documento referente à PNH encontra algumas afinidades em Gadamer ao considerar a essencialidade do protagonismo dos sujeitos implicados no ato de produzir saúde. Entende-se que esse protagonismo não se dará sem que haja a validação dos atos de fala do outro - ser humano - ser de linguagem ("quando a palavra fracassa somos também capazes de arbitrariedades"²⁰) e, por isso, com a capacidade de não apenas criar redes de significado, mas também de compartilhá-las, criando uma cultura identária⁸.

Nesse sentido, retomamos a noção de interpretação acima discutida, segundo a qual toda interpretação envolve uma linguisticidade - inscrita no **ser** - e uma historicidade - que se inscreve no **tempo**. Isso está em conformação com a necessidade de se resgatar e/ou possibilitar, ao trabalho em saúde, o caráter emancipador, transformador e produtor de sentido, fundamental para o processo de compreensão defendido por Gadamer. E só assim pensarmos na possibilidade de uma aproximação real do que se tem considerado na atualidade por humanização, e cuja manifestação, por assim dizer, exigiria dos sujeitos um novo posicionamento e mudança nos modos de fazer, de praticar e produzir saúde, mantendo-se uma constante preocupação de evitar a desvinculação entre o cuidado e sua gestão²¹. A humanização só será possível se as práticas institucionais de administração e organização do trabalho atuais mudarem profundamente, portanto.

Além dos modelos motivados pela compaixão e pela lógica utilitarista de promover a maior felicidade para o maior número de pessoas, o modelo da tecnociência é um dos indutores de práticas desumanizadoras, por vincular o diálogo ao seu aspecto utilitarista em busca de uma informação objetiva⁴. Aliás, é exclusivamente da objetividade que a biomedicina extrai o seu sucesso; da fragmentação do corpo em diversas partes que se tornam objeto de intervenção das mais variadas especialidades². E, assim, vai-se eliminando a condição humana da palavra, pois não se pode incorrer em um envolvimento **demasiadamente humano**.

Isto posto, sustentamos duas assertivas: primeira, que a hermenêutica gadameriana, estando vinculada à proposta da PNH, rompe radicalmente com esse modelo utilitarista. O ser humano é um ser linguística e historicamente constituído, por isso não pode ser aprisionado em um mero espaço-tempo que se pretende conhecedor da historicidade do indivíduo - nesse caso, a historicidade

relacionada à saúde ou à doença, sendo a historicidade dessa última a mais provável (ver segunda assertão, abaixo). Desse modo, também defendemos uma relação hermeneuticamente constituída^{22,23}, no sentido de uma contínua (re)construção de identidades, e a ideia de produção relacionada à dimensão transformadora do **ser indivíduo**. Apenas um modelo movido pela solidariedade, realizado pelo encontro intersubjetivo e mediado pela palavra, será capaz de promover a humanização nos termos defendidos pela PNH⁴. Consideramos que uma relação baseada por tal princípio pode, inclusive, dar sustentação a políticas de recursos humanos em saúde, pois cria espaços de escuta e de entendimento, em conformidade com a recuperação do protagonismo, da dignidade, do respeito e da sensibilidade dos trabalhadores, que se desejava ver aplicados ao cuidado e ao ato de produzir saúde²⁴.

A segunda assertiva, intrinsecamente relacionada à primeira, diz respeito à busca por uma informação objetiva. Ela é irracional frente à concepção de saúde e doença, sob alguns aspectos: (a) o fato de a doença chamar mais a nossa atenção do que a saúde (daí a crítica à prática médica); (b) a saúde deve ser entendida como equilíbrio – ela não pode ser mensurada porque faz parte do estado de ser do indivíduo; e (c) os indivíduos são considerados como sujeitos que refletem e vivenciam uma experiência subjetiva da doença¹⁹.

E se assim o for, a hermenêutica filosófica de Gadamer pode contribuir para se pensar o processo de administração de recursos humanos em saúde, pois na PNH existe a expectativa de que a humanização se traduza, dentre outros fatores, em melhoria das condições de trabalho e de atendimento – aspectos relacionados com a ambientes³. No entanto, essa melhora nas condições tem de ser traduzida, fundamentalmente, levando-se em consideração o campo das relações intersubjetivas, principalmente (corre-se o risco dessa afirmação) entre aqueles que têm como responsabilidade o compromisso com o cuidado do outro (usuário) e, "antes", entre esses últimos e os que têm a (co)responsabilidade pela administração de recursos humanos. Ora, a administração deve considerar o trabalho para além de suas prescrições, e, em saúde, essa característica acentua-se ainda mais dada a imprevisibilidade do ato de produção do cuidado. O trabalho deve ser considerado como um mundo de microtransgressões; locus privilegiado da ressignificação do trabalho em toda produção²⁵. Deve-se, para isso, levar em consideração e intervir no que tem sido defendido como o território das tecnologias leves - o "lugar" onde tem residido a reestruturação produtiva na área da saúde²⁶ – ver discussão adiante.

A área da saúde, portanto, constitui um (con)texto que se apresenta com idiossincrasias que impõem variados desafios àqueles se propõem a trilhar seu caminho, de modo que existem diversas tarefas a serem enfrentadas por quem se volta à temática de interesse do presente trabalho. Por isso, a formulação de políticas para a área, que tenha a pretensão de transformar as práticas no interior das organizações de saúde, deve considerar não apenas a tessitura (micronegociações) da relação trabalhador-

trabalho no SUS. Se quisermos, portanto, dar continuidade às mudanças propostas pela PNH, particularmente no viés aqui enfocado, devemos enfrentar o desafio salutar de demarcar o lugar da hermenêutica gadameriana nesse lócus privilegiado – o lugar do devir linguístico e histórico e, portanto, do devir humano - que não precisa ser humanizado, mas que precisa ter o contexto (político-social) para a sua humanidade obrigatoriamente perpassada pelo trabalho. É mais precisamente essa possibilidade que passamos a discutir adiante.

HERMENÊUTICA E ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS: PERCORRENDO CAMINHOS DO MAIS QUE POSSÍVEL

Queremos iniciar a discussão desta seção pelo parágrafo anterior a ela, mais precisamente a partir da afirmação sobre a necessária demarcação do lugar da hermenêutica de Gadamer na discussão sobre a administração de recursos humanos em saúde, dentro da PNH e do **devir linguístico e histórico** do ser humano, que se dá fundamentalmente no trabalho.

Já é ponto pacífico que o trabalho é o fundamento de constituição do ser humano; atividade onipresente na condição de sua hominização, pelo menos enquanto a *poiésis*, de Aristóteles. Como em *O Capital*²⁷, trabalho criador de valor de uso, como trabalho útil, é o trabalho, por isso, a existência humana está a ele condicionada - ainda se constitui como a transcendência do humano. O trabalho humano se dá a partir de um recorte interessado no mundo em que ambos os atores, por assim dizer, envolvidos nessa relação, são modificados de modo decisivo e criam aquele terceiro elemento, o significado. Ou Friederich Engels, em seu potente manuscrito intitulado: *O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*, de 1896, mostrando os deslocamentos do trabalho humano ao longo da história. Para a presente abordagem, porém, basta ficarmos com a essência de sua dimensão: uma transformação a partir da dupla relação homem-natureza, que gera significados.

Nessa dimensão essencial do trabalho, devemos considerar que o significado gerado a partir da dupla relação está perpassado pela linguagem, pois como chegar a um significado sem a sua intervenção/mediação? – poderia ser perguntado. Afinal de contas, se nessa relação imprime-se um significado à natureza, isso não é possível se não por meio da linguagem, pois ao agir sobre a natureza, o indivíduo já atua com um significado mediado pela linguagem; um significado linguístico que "já é dado". Portanto, trabalho é história, história é linguagem, e linguagem é significados. Como já fomos alertados²⁸, o mundo em que se vive está construído linguisticamente e dado historicamente. Este é o sentido do devir linguístico e histórico citado acima, propositalmente grifado. É aqui que reside a hermenêutica gadameriana na discussão acerca do trabalho no contexto discutido.

Se houver o propósito de uma efetiva administração de recursos humanos que vincule trabalho e humanização, devemos respeitar o que há de mais humano no trabalho: o significado. Enquanto o trabalho em saúde se configurar como um ato em si, uma técnica que, ao invés de produzir

sentido de vida ao ato de produzir saúde, não traz nada além de um efeito colateral marcado pela eliminação da condição humana da palavra⁵, a linguisticidade enquanto elemento fundante das relações intersubjetivas ficará prejudicada. Nesse ponto, defendemos uma relação dialógica entre trabalhadores e gestores, pois como cuidar do outro (usuário) com humanidade, se o tempo que antecede aquele encontro não é humano para quem cuida? Ou, dito de outra forma: como comparecer a um encontro, marcado por intersubjetividades, se o tempo-histórico anterior a ele é embrutecedor para o sujeito? Como instaurar a humanidade no cuidado, se a própria humanidade (lê-se trabalho) dos trabalhadores em saúde está reduzida a um conjunto de prescrições tecnicistas a serem cumpridas (assumem o valor de troca) e que os alija da formulação do próprio modo de fazer e gerir o trabalho, subjetivando-os como heterônimos e alienados? Como promover um encontro de horizontes entre o intérprete e o autor; como ler o mundo do outro, se o mundo do eu é a-histórico? Como comparecer ao encontro com o usuário, se tradicionalmente os encontros anteriores do sujeito são marcados por aquilo que aqui denominamos de modos de desvinculação do outro ou de dasafetação do outro? Tais modos de interação, portanto também de gestão, correntes na área da saúde, apresentam como marcas indeléveis a suposta onipotência e neutralidade técnica de um ou mais atores dessa relação sobre outro(s), gerando a ausência de possibilidade de (re)produção de sentido no que há de mais representativo da hominização: o trabalho - no aspecto aqui de interesse.

O projeto, ou modo de administração de recursos humanos aqui reivindicado, assemelha-se ao projeto de felicidade defendido por José Ricardo Ayres^{9,29,30} para a área da saúde como um todo, que se assume com um caráter **contrafático**. Segundo esse autor, tal neologismo advém da filosofia habermasiana, cujo uso do termo faz referência a "valores quase-transcendentais". Isto é, a ideias ética e moralmente norteadoras e cujas aspirações são universais, embora "construídas a partir da percepção do valor para a vida humana de determinadas ideias ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são obstaculizadas, negadas por alguma experiência concreta"⁹. Ou seja, se são negadas é porque são fundamentais e se mostram como tal no momento mesmo de sua negação^{9,29,30}. Se não houver uma transposição desse projeto também, ou especificamente, para os modos de administração em saúde aqui discutidos, asseguramos que a fragilidade da PNH estará decretada.

Essa transposição seria traduzida em realização existencial e profissional dos trabalhadores em saúde. Tal realização dar-se-ia, inicialmente, com o rompimento das estruturas de poder presentes nas instituições de saúde, que têm tido lugar desde sua tenra idade. Afinal, a prática do isolamento, da despersonalização e de submissão disciplinar dos corpos (e subjetividade), emblemática do surgimento da medicina moderna (social) e definida como biopolítica³¹, também e primeiramente, recaiu sobre os corpos enquanto força de produção, força de trabalho, e parece teimar em persistir ainda hoje, embora com outra configuração. Se assim o for, não é de se estranhar que "a

alienação, o descompromisso com a cura e com a promoção de saúde não são mais exceções à regra, mas se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral¹⁰.

Além desse rompimento, e como consequência dele, dever-se-ia gerenciar os serviços com o intuito de promover aos trabalhadores maior grau possível de autonomia, criatividade e identificação com o trabalho (fazer-lhes participar do todo da terapêutica) – produzindo desalienação – o que para a PNH traduz-se em gestão participativa e trabalho em equipe. É nesse sentido que se tem dado atenção especial àquilo que tem sido definido como território das tecnologias leves – fortemente marcadas pelo aspecto relacional - como um elemento fundamental de gestão. É exatamente nesse território – onde estão situados a produção de autonomia dos atores envolvidos, vínculos, acolhimentos e administração dos processos de trabalho, como forma de governo – que tem ocorrido a reestruturação produtiva no setor saúde²⁶.

A partir dessa perspectiva, há de se considerar o conceito de cultura organizacional, uma vez que se está falando de práticas humanas em organizações (de saúde). Não é nosso objetivo, porém, fazer um apanhado desse conceito na literatura presente e, portanto, nos é suficiente apontar, com base em Habermas, para o qual existe uma relação circular entre cultura e comunicação, que há a possibilidade de crítica comunicativa aos aspectos da cultura organizacional, que tem configurado um entrave a uma cultura de comunicação e de humanização no interior das organizações aqui consideradas³². Vale destacar que o processo comunicacional na perspectiva habermasiana assenta-se para além do emitir e compreender um conteúdo informativo. Ele é um processo de tal ordem que chega mesmo a nos constituir enquanto seres humanos, porque seres sociais de linguagem. Por meio dele, novas versões do mundo, do sofrimento, do cuidado e de nós mesmos são construídas e reeditadas³³.

Um último aspecto ainda precisa ser abordado, retomando-se Gadamer e sua hermenêutica, na proposição aqui defendida. Considerando os aspectos até aqui descritos acerca da área da saúde como um todo e mais especificamente com relação à PNH e ao processo de administração de recursos humanos, parece haver uma constante dicotomia político-social entre os que perdem a autonomia no trabalho e os que dele tentam se apoderar, por meio de seu gerenciamento. E, se isso é plausível, podemos considerar a inerente (mas não determinante) contradição na atividade trabalho também na área da saúde. E essa contradição na produção de valores de uso e de troca no capitalismo é acentuada pela imaterialidade própria do trabalho em saúde²⁵. É nessa dimensão que a palavra precisa ser restabelecida; é nela que deve ser marcada a superação do seu fracasso para não se correr o risco de arbitrariedades. O restabelecimento do diálogo (no sentido da dialógica gadameriana) é necessário para que a PNH, seus princípios e diretrizes tenham lugar efetivo na saúde e na produção do vínculo com o usuário (assumindo valor de uso). Aqui está o devir do trabalho em saúde: a necessária e incessante busca pelo equilíbrio e desequilíbrio das forças em operação. Ambos precisam, gadamerianamente falando, de uma consciência

hermenêuticamente formada, que é receptiva à alteridade do outro a quem se quer compreender, sem que isso signifique que ambos devem manter-se neutros ou anular-se em seus posicionamentos. Defender isso seria ingenuidade, já que a atividade trabalho também é política, e como tal não é e nem deve ser simétrica; ela é perpassada por constantes tensionamentos. Portanto, não se trata de eliminar as diferenças; elas existem quase como uma condição para o maior desafio de gestão da atualidade: mantê-las e estabelecer um ambiente onde a coerção (geradora de heteronomia), se não eliminada completamente, seja mantida o mínimo possível, o que poderia gerar a abertura para que as dificuldades sejam faladas, compreendidas e, quem sabe, solucionadas. Instaurar essa possibilidade é tentar garantir que o grau de autonomia profissional seja o suficiente para que os trabalhadores possam lidar de modo eficaz com as circunstâncias incertas que marcam o trabalho em saúde. Portanto, a prática de gestão em saúde é um ato, por si só, necessariamente diferente. Não existe a utopia de uma transparência comunicativa: trata-se, apenas, de permitir jogar com o mínimo possível de dominação, por meio de regras de direito, técnicas e a moral, o ethos, as práticas de si³⁴. Deve ser marcado pela possibilidade de as micronegociações existentes darem conta não só do prescrito, mas também da conformação do trabalho à estratégia de evitação do sofrimento e doenças relacionadas à essa atividade.

E assim deve ser, sem que isso represente superioridade de fala, mas apenas um lugar diferente do lugar do outro que também está nos "coletivos organizados de produção da saúde"³⁵. Aqui, deve-se relembrar a constituição do sujeito a partir do outro e não dele mesmo, a partir de sua rede de relações, de constrangimentos e de conflitos em que participa. Os trabalhadores de saúde são produtos e produtores do sistema de relações em que estão imersos, são sujeito e objeto, no mesmo momento e em todo o tempo¹⁰.

Portanto, a relação aqui defendida possui uma transcendência para além do tempo presente. Ela se estende para uma compreensão histórica, fator fundamental na hermenêutica de Gadamer, que rompe com a hermenêutica romântica e leva à compreensão de um caráter produtivo, no sentido de ser caracterizado como um processo de história efetual. E o que isso significa para a discussão aqui levada a cabo? Significa, finalmente, uma possibilidade e um entrave. A possibilidade: um modo de administrar recursos humanos, promovendo um encontro no qual, ambos, gestor (intérprete) e texto (trabalhadores), ou vice versa – intérprete (trabalhadores) e texto (gestor) - possam dar primazia não a um método que prescreva um modo de relação e de fazer (produzir) saúde, mas a uma atitude filosófica onde o outro possa ter o direito de se constituir/construir/estar enquanto sujeito e interrogar/perguntar a história sobre a sua própria subjetividade e a do outro. Em última instância, seria o reconhecimento da validade do discurso do outro – ação comunicativa emancipadora – com a adoção de uma postura interpretativa que denote um exercício hermenêutico³³.

O entrave: o saber (resposta à pergunta acima referida!?), que, para Gadamer, se instaura na pergunta (deve ter um sentido de orientação) requer uma abertura da própria pergunta. Desse modo, o entrave residiria na falta de perspectiva dessa possibilidade (existência dessa atitude filosófica) fazer parte dos modos de administrar atuais, e aqui discutidos (desafetados/desvinculados) em um contexto marcado por condições desfavoráveis àqueles que nele estão presentes e que, portanto, não os permite **ser**. De a pergunta (ou quem questiona) assumir a postura do querer saber; do "saber que não sabe"¹⁹. Aqui, o projeto dialógico habermasiano está refletido pela atribuição da validade ao discurso do outro, implicando na adoção de uma postura interpretativa, uma busca pelo conhecimento das situações que levaram à anunciação do texto pelo outro – esse é um exercício hermenêutico³³.

Sob essa perspectiva, a obra de Gadamer rompe com a dicotomia sujeito-objeto na compreensão dos fatos e obras humanos, levando, por sua vez, à fusão de horizontes, pois quem interpreta não o faz como se estivesse em uma relação de externalidade com o interpretado, como se estivesse para além de seu horizonte linguístico, mas o faz, isto sim, interpretando algo que também é de si mesmo, sempre com relação ao que lhe é trazido pelo horizonte linguístico do outro⁹. E talvez isso represente a reafirmação, em última instância, do entrave aqui postulado: o não reconhecimento do eu no outro. Essa é a tarefa implicada nas relações (inter)subjetivas que também ocorrem entre quem **está no lugar** de gestor e de quem **está no lugar** de trabalhador. Esse é o entrave no encontro de horizontes de ambos, que os têm impossibilitado de ler o mundo para além da perspectiva dada. É necessário, portanto, o restabelecimento da potência do trabalhador; do seu modo de agir no mundo, pois até então esses espaços só têm produzido "paixões tristes" nos sujeitos. Em última instância, encontros onde o afetamento (capacidade própria dos encontros) possa produzir "paixões alegres"³⁶, aumentando a potência de agir no mundo e, como consequência, da produção de si enquanto sujeito. E o lugar privilegiado para o exercício dessa potência são os encontros estabelecidos em sua atividade homínica.

(RE)CONSIDERANDO O CAMINHO PERCORRIDO

A PNH tem se constituído como um forte mecanismo de mudanças nas práticas de produção do cuidado em saúde. Essas mudanças têm apontado para a possibilidade de rompimento com o modelo assistencial e de racionalidade que estão encravados na área da saúde como um todo, pois, quando se "humaniza" a saúde (e já são conhecidas as implicações presentes em afirmações dessa natureza), a dignidade ética da palavra está garantida⁴. Entende-se por dignidade ética da palavra a possibilidade de o outro ser reconhecido naquilo e por aquilo que lhe é mais peculiar: a palavra. Esse reconhecimento deve, ou pelo menos deveria, orientar diretamente toda e qualquer prática em saúde que se intitule "humanizada", pois as diretrizes fundamentais propostas pela PNH apontam para a participação na gestão, a educação permanente e o adequado dimensionamento da força de trabalho como possibilidade na produção de subjetividades¹⁶. De uma forma ou de outra, o presente trabalho entende que a

prática de humanização situa-se para além dessas diretrizes, no sentido de transcender as prescrições tecnicistas e os modos de produção de sujeitos atuais. Para humanizar a saúde é preciso refletir criticamente sobre a categoria central na proposta da PNH: a categoria sujeito. Essa concepção precisa ser pensada de modo crítico e urgente, dentro daquilo que se quer e se tem defendido como reformulação na área e, mais especificamente, dentro da gestão precarizada do trabalho.

É de se esperar que modelos de gestão mais democráticos, que permitam a participação dos coletivos no processo de tomada de decisão, por exemplo, sejam mais propensos de serem apoiados pelos atores neles envolvidos, se comparados a modelos centralizadores. Os atores envolvidos nas tomadas de decisões estariam mais implicados na busca e consecução do que foi pactuado coletivamente. Nesse sentido, o trabalho em saúde não pode mais ficar limitado à responsabilidade pela produção do cuidado, o que já não é pouca coisa. Essa produção do cuidado exige, por um lado, um maior compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais, usuários e gestores: dos primeiros, para despertar-lhes o sentido de corresponsabilização pelas ações de saúde; dos gestores, exige que também desenvolvam o senso de responsabilidade para a promoção de condições (estruturais e sócio-afetivas) apoiadoras, sem as quais não será possível a produção de um cuidado efetivamente "cuidador". É nesse aspecto que reside a possibilidade de permissão de expressão dos autogovernos dos profissionais de saúde, para o adequado manejo de suas clínicas e saberes tecnológicos³⁷. Práticas de administração de recursos humanos que impeçam a organização de coletivos, por exemplo, podem não lhes permitir o seu próprio reconhecimento e o reconhecimento do outro, desvinculando-se e/ou desafetando-se contínua e cotidianamente, desvalendo-se do encontro consigo mesmos e com o outro; sujeitos que trabalham marcados que são pelas relações sociais imprescindíveis para a sua constituição.

Foi na dimensão do trabalho, sem desconsiderar as outras dimensões, que o presente artigo centrou sua atenção, por acreditar que essa atividade é condição unívoca para a constituição das (inter)subjetividades que permeiam as relações que marcam os diversos encontros em saúde. O interesse aqui, mais uma vez, recaiu sobre a administração de recursos humanos em saúde, pois tradicionalmente esses encontros também têm sido marcados por aquilo que temos denominado de modos de desvinculação (desafetação) do outro. Tais encontros têm representado o não reconhecimento do lugar do outro; lugar onde reside a sua hominização: a produção de sentido e, no caso aqui abordado, a produção de saúde do "eu" e do "outro" – usuário.

A proposta aqui defendida aponta a possibilidade de uma mudança nos encontros marcados pela desafetação do outro para um encontro onde o "outro" e o "eu" possam ser dialógicos em sua alteridade.

Portanto, o encontro monológico opõe-se decisivamente ao que Hans George Gadamer^{19,38} defende quanto encontro marcado pela linguisticidade. É esse

modo de encontro que defendemos como possibilidade na administração de recursos humanos em saúde para que, a partir dele, se possa ir ao encontro daqueles que dependem de um (con)texto também marcado mutuamente pela inscrição no **ser** e no **tempo** – os usuários.

APOIO FINANCEIRO:

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que contribui com bolsa de doutoramento para o primeiro autor.

Human resource management in health and humanization: a hermeneutical perspective

ABSTRACT

Brazil's National Policy of Humanization is considered to have the capacity to restructure how healthcare is provided. Several studies have discussed it based on the theoretical, practical and/or philosophical perspectives that support it. In this article, we also discuss the ramifications of this policy from the perspective of the administration of human resources for health. We believe that the practices of the administration of human resources for healthcare mark the intense daily work of the act and therefore they are where the new territories of the so-called relational technologies should especially be mapped. These practices establish the unequivocal condition of the formation of (inter)subjectivities that permeate the relationships and characterize the encounters within this field. They also establish the production of meanings that mediate the human-world/text relationship. These features have been analyzed grounded in Gadamer's hermeneutics and how it can contribute to the expansion of this policy from the perspective of the administration of human resources. It can be argued that the humanization policy exists separately from its own guidelines and should move beyond the technical requirements and modes of the production of current subjects. Such arguments highlight the urgent need to revisit the category of the subject within the precarious fields of the management of work. We support the possibility of shifting from encounters that have traditionally been marked by modes of disaffection/disconnection of the other to encounters in which collectives can be anchored within the dialogism defended by Gadamer. A dialogic model could lead to the recognition of different actors within the humanization policy and the recognition of these actors as legitimate subjects.

Keywords: Human resource management in health; Humanization of assistance; Medical philosophy.

Administración de recursos humanos en salud y humanización: el sesgo hermenéutico

RESUMEN

La Política Nacional de Humanización está considerada como una importante posibilidad de reconstrucción de la producción del cuidado en salud. Diversos estudios la han discutido bajo la perspectiva teórico-práctica y/o filosófica que la sustentan. Este artículo también se dispone a discutirla, pero bajo el sesgo de la administración de recursos humanos en salud. Para tanto, consideramos que es al interior de esa práctica que las relaciones también son marcadas intensamente por el trabajo vivo en acto y, por ello, es en ellas que deben ser mapeados, principalmente, los nuevos territorios de las llamadas tecnologías relacionales. Es en esa actividad que se da la condición unívoca de constitución de las (inter)subjetividades que transitan las relaciones que marcan los encuentros que ocurren en el área, y en donde se da la producción de significados que intermedian la relación hombre-mundo/texto. Tal posibilidad se centró en la hermenéutica de Gadamer, en lo que pueda contribuir a la ampliación de esa política y al sesgo aquí abordado. Se defiende que la política de humanización se configure más allá de sus mismas directrices, debiendo trascender las prescripciones tecnicistas y los modos de producción de sujetos actuales, destacando la urgencia de rediscutir la categoría sujeto dentro de la gestión precarizada del trabajo. Se defiende también la posibilidad de cambio en los encuentros tradicionalmente marcados por modos de naturalización/desvinculación del otro para un encuentro en el cual los colectivos puedan estar sostenidos en la dialogicidad defendida por Gadamer, lo que podría conducir al reconocimiento de los diferentes actores que cohabitán el servicio, reconociéndolos mutuamente como sujetos legítimos.

Palabras clave: Administración de recursos humanos en salud; Humanización de la asistencia; Filosofía médica.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Genebra: WHO; 1996.
- 2 Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface Comu Saude Educ. 2008;12(25):237-38.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Humaniza SUS: política nacional de humanização [Internet]. 2007 [acessado em 05 jun 2007]. Disponível em www.saude.gov.br/humanizasus.
- 4 Betts J. Considerações sobre o que é o Humano e o que é Humanizar [Internet]. 2009 [acessado em 12 jul 2009]. Disponível em www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37.
- 5 Cembranelli F. Um projeto de humanização: para que, para quem? [Internet]. 2006 [acessado em 26 out 2006]. Disponível em www.planetaterra.com.br/arte/cord/qualidadenasaudade07.html.
- 6 Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1342-53.
- 7 Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saude Publica. 1999;15(3):647-54.
- 8 Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cien Saude Colet. 2004;9(1):7-14.

- 9 Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):549-60.
- 10 Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 229-66.
- 11 Santos JGW. Impactos da gestão do trabalho na saúde pública no Estado do Pará. In *6º Congresso Norte Nordeste de Psicologia;* 2009 maio. 6 - 9; Belém: Universidade Federal do Pará; 2009.
- 12 Deslandes SF. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- 13 Amestoy SC, Schwartz E, Thofehrn MB. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(4):444-49.
- 14 Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3) 503-10.
- 15 Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 109-39.
- 16 Rios IC. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais de saúde. *Saude Soc.* 2008;17(4):151-60.
- 17 Campos GWS. *Saúde Paidéia.* São Paulo: Huicitec; 2003.
- 18 Runes DD. *Dicionário de filosofia.* Barcelona: Grijalbo; 1985.
- 19 Gadamer HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.* Meurer FP, tradutor. Petrópolis: Vozes; 2002.
- 20 Ministério da Saúde (BR). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 21 Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2005 jan-jul;10(3):561-71.
- 22 Habermas J. *Pensamento pós-metafísico – estudos filosóficos.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1990.
- 23 Ricoeur P. *O si mesmo como um outro.* Campinas: Papirus; 1991.
- 24 Beckes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização no ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev. Esc Enferm USP.* 2006 jan;40(2):221-27.
- 25 Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saude Publica.* 2008 jun;42(3):555-61.
- 26 Merhy EE. *A cartografia do trabalho vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.
- 27 Marx K. *O capital.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1971.
- 28 Ricoeur P. *Tempo e Narrativa.* Campinas: Papirus; 1994.
- 29 Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2001;6(1):63-72.
- 30 Ayres JRCM. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 49-83.
- 31 Foucault M. *Microfísica do poder.* São Paulo: Graal; 1979.
- 32 Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 205-31.
- 33 Deslandes SF, Mitre RMA. Processo comunicativo e humanização em saúde. *Interface Comu Saude Educ.* 2009;13 Suppl 1:641-9.
- 34 Foucault M. *Dits et écrits.* Paris: Gallimard; 1994.
- 35 Ceccim RB. Onde se lê "recursos humanos em saúde" leia-se "coletivos organizados de produção da saúde". In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 161-80.
- 36 Deleuze G. *Espinoza: filosofia prática.* Escuta: São Paulo; 2002.
- 37 Mendonça PEX. *(Luta) em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde.* (dissertação). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
- 38 Gadamer HG. Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: Almeida LS, organizadora. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer.* Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000.

Recebido em / Received / Recibido en: 21/9/2011
Aceito em / Accepted / Aceito en: 27/2/2012