

A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS RELACIONAIS COMO ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Josiane de Jesus Martins *
Gelson Luiz de Albuquerque **

RESUMO

A presente reflexão discute a utilização de tecnologias relacionais em saúde, para que possa favorecer a implementação das diretrizes preconizadas na Política Nacional de Humanização (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde. Para a efetiva implantação deste processo de mudança, os trabalhadores de saúde deverão participar de processos educativos em que seja valorizado o vínculo com os usuários, assim como a construção de uma relação dialógica que valorize a subjetividade de ambos os sujeitos envolvidos neste processo de trabalho. Assim, tanto o processo de formação quanto o de construção das políticas de atenção à saúde precisam reconhecer e aceitar não só os valores, crenças, culturas, necessidades de auto-estima e valorização, mas também os desejos, emoções e sentimentos dos trabalhadores e usuários. Desta forma, a primazia de um diálogo que vá além da comunicação entre o sujeito trabalhador e o usuário deve ser encarada como um desafio a todo o Sistema Único de Saúde, e sem esse diálogo não haverá a reversão do modelo assistencial vigente.

Palavras-chave: Trabalho. Tecnologia. Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo refletir a respeito da utilização de tecnologias relacionais no processo de trabalho da enfermagem, com base nos pressupostos identificados nos trabalhos descritos por Merhy. O conhecimento produzido na área pode contribuir para o desenvolvimento da educação dos trabalhadores de enfermagem, em especial quando articulados com as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH).

O trabalho em saúde é produto de um processo histórico, sendo influenciado, dentre outros fatores, pela cultura e crenças de seus atores. Os sujeitos que atuam neste processo

são influenciados por esta construção e ao mesmo tempo podem influenciá-la. Assim, podem gerar novas condições para que novos processos históricos se interponham. Destarte é recomendável que, ao se conceber alguma ação na área de saúde, invista-se na participação ativa dos sujeitos envolvidos, rompendo com a normatização e as prescrições normalmente instituídas pelas administrações superiores dos estabelecimentos assistenciais de saúde e/ou de educação/formação. Este envolvimento sempre começa com o diálogo, que é a porta para um processo relacional.

Concebemos o diálogo como uma conversação entre duas ou mais pessoas na qual exista envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra de forma

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UNISUL.

** Enfermeiro. Mestre em Ciências da Enfermagem. Doutor em Filosofia de Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC.

genuína, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação. Nessa relação sempre nos deparamos com o outro:

um diferente que vai nos causar um certo estranhamento e desencadear um olhar para dentro e para fora muito dinâmico da própria imagem de cada um dos envolvidos; uma expressão através de um discurso, de gestos e de ações práticas. É nessa relação que nos construímos e re-construímos como sujeitos no mundo^(1:4).

É no trabalho que o homem se realiza como sujeito, expressando sua subjetividade e utilizando suas potencialidades, modificando-se e sendo modificado, desenhando sua história. Portanto, o enfoque do trabalho deve atender às necessidades de saúde dos usuários bem como às dos sujeitos trabalhadores da saúde, estimulando-os e tornando-os partícipes de todo o processo. Desta forma, podemos romper com a visão de que a missão de pensar esteja ao encargo de alguns profissionais e/ou níveis profissionais da área de saúde, enquanto aos outros restará apenas cumprir o que foi pensado por outros. Este mecanismo acaba gerando um círculo vicioso, reforçando a divisão técnica e social do trabalho.

O trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligente. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se repetitivo e maquinal^(2:50-51).

A execução do trabalho torna-se uma obrigação, em que a participação ativa e prazerosa acaba por ser substituída por uma ação mecanizada. Neste sentido, acreditamos que um dos elementos capazes de contribuir para superar tal contradição é o investimento nas tecnologias relacionais, de modo que o trabalhador seja partícipe daquela construção histórica.

Outro aspecto que precisa ser considerado diz respeito ao processo de desgaste psíquico, físico e emocional, bem como ao das relações, que ocasiona sofrimento no trabalho, especialmente se as condições existentes para a sua realização são circundadas de fatores desfavoráveis⁽³⁾.

Devido à necessidade de modificação no modo como o cuidado em saúde é ofertado aos usuários dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH⁽⁴⁾. Este programa teve por objetivo implementar a cultura da humanização na área hospitalar, através de ações que visem qualificar o contato humano entre profissionais da saúde e usuários, entre os trabalhadores de saúde e a própria organização de saúde, assim como entre os trabalhadores e comunidade como um todo. Desta forma pode-se garantir a execução dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) através da modernização das

relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade^(4:7).

Posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), construída a partir de um amplo debate entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A PNH é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde⁽⁴⁾, objetivando estabelecer uma nova relação entre as instituições, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

A incorporação de novas tecnologias, portanto, deve ser considerada nas ações humanas, tendo em vista que, destas complexas relações sociais, estarão presentes, também, as dimensões não deterministas, as escolhas dos indivíduos^(5:49).

Interfaces do trabalho em saúde

No Brasil já existem alguns programas voltados para a humanização dos serviços de saúde, como, por exemplo, a Proposta de Humanização do Programa de Saúde da Família, a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Humanização. Tais programas e políticas objetivam a assistência em saúde de qualidade. No entanto, a quase-totalidade das propostas neles contidas, geralmente, visa beneficiar os usuários externos.

Uma alternativa viável para efetivar programas ou políticas de saúde, a princípio, poderia ser o desenvolvimento de ações direcionadas aos trabalhadores da saúde. Seria utópico almejar a humanização do cuidado em saúde ao usuário neste contexto de poucas ações voltadas para o trabalhador contando com sua contribuição. O profissional precisa ser considerado em sua subjetividade, pois é um dos protagonistas do processo de trabalho em saúde, necessitando ser percebido e aceito como sujeito portador de valores, crenças, cultura, auto-estima, desejos, emoções, e sentimentos, assim como os usuários dos seus serviços. Destarte, quando algum programa for concebido pelas instâncias superiores das instituições de saúde, estes dois atores sempre devem ser considerados.

A forma como o homem produz e constrói sua história dá-se pelo trabalho, por isso a centralidade do trabalho e suas relações sociais envolvem os aspectos educativos. É necessário, então, buscar alternativas para operar o trabalho em saúde e

construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e os próprios trabalhadores^(6:126).

Para tanto, é necessário

qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania^(7:347).

A qualificação dos trabalhadores requer criatividade, inovação e interesse dos gestores e trabalhadores. Neste sentido, a tecnologia poderá ser uma aliada para humanizar o trabalhador da saúde, tendo-se em vista sua abrangência, amplitude e possibilidades de inovações. Torna-se importante, então,

ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com o interesse dos usuários^(8:131).

Desta forma intensifica-se a relação entre profissionais e usuários.

Há que se considerar que tanto os trabalhadores quanto os usuários podem modificar a forma como o trabalho em saúde está instituído e reproduzido. Concordamos que a

construção de tecnologias para a ação do trabalho vivo em ato e para a gestão desse trabalho abre espaços interrogadores e de ruptura dos processos institucionalizados, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança^(9:463).

Tecnologias no trabalho em saúde

Produzir tecnologias é buscar produzir “coisas” que tanto podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam necessidades⁽¹⁰⁾. Elas não se referem exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes constituídos para a geração de produtos e, inclusive, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana. Assim, as tecnologias classificam-se em: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves⁽⁶⁾.

Por *tecnologias duras* entendemos aquelas constituídas por equipamentos dos tipos máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. Estão relacionadas ao instrumental geralmente vinculado à mão-de-obra do profissional, como, por exemplo, o estetoscópio, o oxímetro e outros. Já as *tecnologias leve-duras* são os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, a clínica médica e cirúrgica e tantos outros saberes que atuam no processo de trabalho. As *tecnologias leves* são as relacionadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário e só se materializam em atos. São as tecnologias de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros e subjetividades⁽¹⁰⁾.

O trabalho na saúde deve focar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia dura e leve-dura utilizada para o cuidado, mas também a qualificação dos

trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os usuários. Destacamos que a “humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá”^(11:14).

Enquanto tecnologias leves, tanto o acolhimento quanto o acesso precisam deixar de ser problemas de recepção, tornando-se, de fato, objeto da prática de toda a equipe de saúde. O estabelecimento de vínculos entre trabalhadores e usuários do serviço em saúde requer responsabilidade e compromisso da equipe para com os problemas e necessidades que os usuários apresentam. É no encontro do trabalho vivo (trabalho em ato) com o usuário que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos de interseção e as tecnologias das relações que se dão através das práticas de acolhimento, vínculo e “autonomização”⁽¹⁰⁾.

O saber tecnológico é o saber-fazer. É saber o que deve ser feito antes, como deve ser feito, quando se deve esperar para realizar os atos seguintes da produção. Implica em inteligência e capacidade inventivas. No saber tecnológico há a convivência do trabalho morto e do trabalho vivo (trabalho em ato), simultaneamente, na produção concreta do produto imaginado.

Salientamos que é necessário mudar o modo de cuidar em saúde, pois este cuidado é

centralmente organizado a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar^(10:125).

Quando os profissionais de saúde assumem o modelo hegemônico, pode parecer que as “ações profissionais estão limitadas ao que os outros definiram como nosso espaço profissional”^(5:51). Desta forma, a atitude não acolhedora dos profissionais de saúde pode ser decorrente de uma acomodação do modo organizacional do trabalho neste setor, em que imperam as tecnologias dura e leve-dura, fruto daquele modelo hegemônico de atenção à saúde que, em tese, foi absorvido e incorporado em suas ações.

Assim, no processo de trabalho em saúde, quase nunca há espaço para a expressão da subjetividade do indivíduo trabalhador, tampouco do usuário, ficando este

preso nas configurações tecnológicas dos processos de trabalho, comandados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas, pelos procedimentos^(6:113).

Creemos ser importante que os trabalhadores busquem linhas de fuga que propiciem a construção de tecnologias de ação do trabalho vivo, quebrando relações impróprias para a realização do seu trabalho.

O trabalhador da saúde se caracterizará, então, por colocar seu saber à disposição da coletividade, construindo tecnologias leves que possibilitem a satisfação do usuário, forjando a realização de um trabalho humanizado. Resgatar a humanização é ir contra a violência, pois esta é a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade⁽¹²⁾. Esta situação é uma mudança de paradigma, o que implica na transformação da maneira de ver o mundo de cada trabalhador, bem como na necessidade de se alterarem muitas das normas vigentes, além da distribuição de poder nas organizações de saúde. Precisamos então compreender que é possível construir maneiras de atuar e agir em saúde de modo humanizado, envolvendo os usuários e os trabalhadores, permitindo a modificação no cotidiano do serviço comprometido com a defesa da vida⁽⁷⁾.

É necessário resgatar a subjetividade do trabalhador para que ele busque satisfação pessoal. Implantar propostas educativas inovadoras parece ser o caminho para interferirmos no processo de trabalho de forma criativa, para

preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico-criativo e que se reflete na não fragmentação entre trabalho manual e a reflexão^(13:23).

Neste sentido, o processo educativo deve enfocar a humanização da assistência em saúde, assegurando condições para a expressão da liberdade e da criatividade do trabalhador e favorecendo sua atuação reflexiva.

Refletir sobre a tecnologia e sua interface com a humanização

poderia ser uma das alternativas em torno da qual se sedimentaria a identidade profissional, imprimindo que o trabalho fosse exercido em condições de igualdade de direitos, deveres e responsabilidades^(14:121).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Humanização, que vem sendo perseguida pelo Ministério da Saúde, tem-se mostrado um excelente mecanismo de reversão do modelo assistencial de saúde vigente, pois é centrada na valorização da relação entre o trabalhador e o usuário, bem como dos gestores em saúde. Tal política pressupõe a necessidade de valorização das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

As tecnologias relacionais (tecnologias leves) precisam ser absorvidas pelos estabelecimentos assistenciais de saúde para que possam contribuir para a mudança do modelo hegemônico médico neoliberal. Este modelo tem fragmentado o objeto de trabalho em saúde e, por conseguinte, fortalecido a divisão do trabalho parcelar, sem que haja o diálogo entre os diferentes profissionais envolvidos e, em especial, sem que o próprio usuário de saúde seja partícipe deste processo.

As tecnologias duras e leve-duras fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde;

entretanto, elas não podem sobrepor-se às tecnologias leves (relacionais). Assim, percebemos uma urgência em qualificar os trabalhadores de saúde, na perspectiva de que estes compreendam e utilizem estas tecnologias, para que a humanização da atenção à saúde efetive-se, de fato, em todas as instituições de saúde brasileiras.

Questionar o trabalho que realizamos hoje na área da saúde é um dos passos iniciais para que possamos compreendê-lo. Constitui uma premissa básica para que o processo de educação no setor de saúde possa se desenvolver utilizando-se de metodologias ativas e construtivistas, que valorizem os conhecimentos, habilidades e competências desenvolvidos pelos sujeitos trabalhadores ao longo de sua história. Assim, a transformação deste sujeito se processará também no curso da história de construção do Sistema Único de Saúde. O profissional deste setor, por sua vez, certamente se considerará parte integrante dessa construção, razão pela qual a valorização deste processo deve estar presente em todos os cenários da saúde.

Valorizar as tecnologias relacionais e ressignificar a atenção em saúde devem ser os objetivos a serem atingidos, e implicarão também na ressignificação do papel dos trabalhadores e usuários deste segmento, dando vazão à subjetividade de ambos os agentes.

THE USE OF RELATIONAL TECHNOLOGIES AS A STRATEGY FOR THE HUMANIZATION OF THE HEALTH CARE WORK PROCESS

ABSTRACT

The present reflection discusses the use of health relational technologies, in order to favor the implementation of the procedure rules recommended by the National Policy of Humanization (NPH) proposed by the Health Ministry. For the effective implementation of this changing process, health care workers must participate in educational processes in which the relationship with users is valued, as is the building of a dialogic relationship that values the subjectivity of both individuals involved in this work process. Thus, the formation of this process as well as the formation of policies of health care must recognize and accept not only values, beliefs, cultures, needs for self-esteem and valuing, but also the desires, emotions and feelings of workers and users alike. In this way, the emphasis on an interaction that goes beyond the communication between worker and user must be faced as a challenge to the entire National Health Care System. Without this dialog, the existing assistentialist model will not be reversed.

Key words: Work. Technology. Health services.

LA UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍAS RELACIONALES COMO ESTRATEGIA PARA HUMANIZACIÓN DEL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD

RESUMEN

La presente reflexión discute la utilización de tecnologías relacionales en salud, para que pueda favorecer la implementación de las directrices preconizadas en la Política Nacional de Humanización (PNH), propuesta por el Ministerio de la Salud. Para la implementación de este proceso de cambio, los trabajadores de salud deberán participar de procesos educativos donde sea valorado el vínculo con los usuarios y la construcción de una relación dialógica, que valore las subjetividades de ambos los sujetos involucrados en este proceso de trabajo. Así, tanto el proceso de formación como el proceso de construcción de las políticas de atención a la salud, necesitan reconocer y aceptar no sólo los valores, creencias, culturas, necesidades de autoestima y valorización, así como, de los deseos, emociones, y sentimientos, de los trabajadores y usuarios. De esta forma, la primacía de un diálogo que vaya más allá de la comunicación entre el sujeto trabajador y el usuario, debe ser tomada como un desafío a todo el Sistema Único de Salud, sin lo cual no habrá la reversión del modelo asistencial vigente.

Palabras clave: Trabajo. Tecnología. Servicios de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM. Welcoming reception: a reflection on alterity in the relation among workers and clients in the work of the basic health network. In: Anales del 8º Simposio Brasileño de Comunicación en Enfermería [Anales eletronicos]. 2002 maio 2-3; São Paulo, Brasil, [Acesso 16 abr. 2007]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100044&lng=es&nrm=abn.
2. Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho do enfermeiro à medicina [tese]. Florianópolis: UFSC, Programa Pós-Graduação em Enfermagem; 1998.
3. Martins JJ. O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento? [dissertação]. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2000.
4. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Brasília (DF); 2001.
5. Albuquerque GL. A luta pela identidade profissional: participação e enfermagem. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.
6. Merhy EE. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S, organizador. Saúde e democracia a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997. p. 125-142.
7. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Práxis em saúde: um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71 -112.
9. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):760-8.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. Barbosa SFF. Indo além do assistir: cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 1999.
12. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciênc Saúde Colet. 2004;9(1):7-14.
13. Reibnitz KS. Profissional crítico – criativa em enfermagem: a construção do espaço intercessor na relação pedagógica [tese]. Florianópolis: UFSC, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2004.
14. Borges MS, Guilhem D, Duarte RA, Ribeiro ASM. Representações sociais do trabalho da Enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. Ciênc Cuid e Saúde. 2003;2(2):113-22.

Endereço para correspondência: Josiane de Jesus Martins. Rua: Sagrado Coração de Jesus, 104, Morro das Pedras. Florianópolis – SC. CEP: 88066-070. E-mail: josiane.jesus@gmail.com

Recebido em: 15/09/2006

Aprovado em: 18/06/2007