

Humanização das práticas de saúde:

transversalizar em defesa da vida

Raquel Turci Pedroso¹
Maria Edna Moura Vieira²

Universalidade, equidade e integralidade são princípios do Sistema Único de Saúde - SUS que apontam para mudanças nas práticas de Saúde Pública no Brasil. Nesse aspecto, a saúde, como um direito de todo cidadão, deverá implementar ações e serviços não fragmentados, mas conectados pelos nós da rede de cooperação, conscientização e responsabilidades sanitárias.

A saúde é resultado de um processo de produção em que se oferece algum valor de uso, entendido como a utilidade que bens e serviços têm para pessoas concretas vivendo em situações específicas. Mesmo no caso da Saúde Pública, em que o fim é o bem comum, e não o lucro, ela conserva o caráter de valor de uso e, nessa compreensão, os trabalhadores e usuários objetivariam traduzir a concretização de determinados valores de uso (Campos, 2000).

A Política Nacional de Humanização, como política pública, nasce da necessidade do "reencantamento do concreto". Benevides e Passos (2005) indicam que o conceito de humanização ganhou destaque crescente a partir do ano 2000, em programas no campo da saúde, porém distanciado dos movimentos de mudanças nas práticas de saúde. Nesse contexto, a humanização estava vinculada a áreas da atenção, como a saúde da mulher e da criança, à assistência hospitalar, identificada a certas profissões, como a do psicólogo, exercida por mulheres, bem como focada na perspectiva da "qualidade total nos serviços".

A necessidade de recolocação do problema da humanização, distanciado do humano idealizado e aproximado do humano protagonista e autônomo, coincide com a problematização da relação entre o conhecimento e a transformação da realidade, e gerou o movimento da humanização da saúde em direção da construção de uma política pública – de todos e para qualquer um.

A humanização do SUS indica mudanças nas práticas de atenção e gestão, em que a aposta é nos sujeitos concretos. "É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas" (Benevides, Passos, 2005, p.392).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, foi formulada a partir do reconhecimento e sistematização de experiências concretas de estados e municípios que apontam para um "SUS que dá certo", tais como: rede de atenção pública de saúde presente nos territórios; inovações na organização e oferta das

¹ Ministério da Saúde,
Política Nacional
de Humanização da
Atenção e Gestão do
SUS. Eplanada dos
Ministérios, Bloco G, sala
954. Brasília, DF, Brasil.
70.058-900
raquel_pedroso@uol.com.br

² Ministério da Saúde,
Política Nacional de
Humanização da Atenção
e Gestão do SUS.

práticas de saúde, com a articulação entre ações de promoção e de prevenção com ações de cura e reabilitação; instâncias de gestão participativa e cogestão com a participação de trabalhadores, gestores e usuários; fortalecimento do processo de descentralização; entre outros (Brasil, 2008).

Para fortalecer esse "SUS que dá certo" é necessário enfrentar os modos de produção de saúde que são afeitos à defesa da vida: a normalização rígida dos processos de organização de serviços e de definição do acesso; os modos de cuidar centrados na doença, na queixa, os modos de trabalhar que destituem a capacidade de decidir e possibilidades de participar, demarcando sua especificidade de se voltar para os processos e para os sujeitos que produzem saúde. Campos (2005) indica que o debate sobre a Humanização deve contemplar a capacidade de produzir novas utopias com a de interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde.

A PNH afirma-se como política pública porque, transversal às demais ações e programas de saúde, é atenta ao que, como movimento social, dialoga e tenciona para traduzir os princípios do SUS em "como fazer", o conceito com as práticas de atenção e de gestão (que são indissociáveis), assim como estimular as trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde.

As perguntas que mobilizaram, há cinco anos, a síntese da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão do SUS – PNH fazem-se atualizadas diante do isolamento de programas e setores da saúde? Como se dão as práticas coletivas? Como se dá a transversalização da comunicação dos atores do SUS?

Transversalizar, princípio da PNH, é colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum. Não é, portanto, uma comunicação vertical que mantém e sustenta a separação de quem elabora daquele que executa, nem é tão-somente uma prática horizontal que se dá entre iguais. Esta última pode ser expressa, por exemplo, no distanciamento entre as categorias profissionais a ser enfrentado nas diferentes instâncias do SUS, desde a formação do profissional de saúde, a sua atuação na gestão e na atenção, até os sentidos populares atribuídos a esses profissionais.

Há interesses corporativistas que enfraquecem os espaços coletivos da construção do sistema, pois não se direcionam para a saúde que dá certo, que é a saúde do bem comum. Corporativismo que se manifesta, por exemplo, no tema da relação do profissional médico com os outros profissionais de saúde e na relação dos enfermeiros com os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Não cabe aqui, porém, o simplismo de reduzirmos os não avanços do SUS às práticas de determinados profissionais de saúde, pois atitudes como essa se aproximam mais de uma "caça às bruxas", aos culpados, do que um posicionamento analítico do contexto de desafios. Não cabe também a ingenuidade de uma idealização do SUS, pois a produção de saúde é entendida aqui como um processo em constante construção.

Culpabilizar pode gerar um desresponsabilizar. Quando não há um sentido coletivo do fazer em saúde, há espaços para atribuímos ao outro a responsabilidade pelas falhas e, nesse momento, há o risco de nos isentarmos da transformação e nos colocarmos como repetindo modos que criticamos, gerando falas como: "É assim, sempre foi assim...", "Se os gestores não fazem a parte deles, não há o que fazer", "Eu não tenho nada a ver com isso, é um problema dos governantes".

Nessa trama de culpabilização e simplificação dos desafios da saúde, há ainda o risco da tendência de apostar na privatização da saúde como um caminho para a superação dos problemas, o que se traduz em uma força contra o SUS, e sua história de constituição de um modelo não privatista dentro de uma sociedade hegemonicamente capitalista. Campos (2007) questiona se há um confronto entre as racionalidades conceitual e operativa da tradição dos sistemas públicos *versus* a da atenção com base em mercado, e sinaliza que o SUS tem de enfrentar não somente o ideário neocapitalista, como também uma tradição degradada dominante na gestão pública brasileira.

Para uma mudança de concepção de modelo de gestão com lógica, há muito sedimentada, é necessário compromisso institucional, individual e coletivo - um desfazer; um desacomodar; um enfrentar desafios; um misturar de saberes para produção de novas tecnologias; um transversalizar de ações - no sentido de criar alternativas, num esforço permanente de cogestão e corresponsabilidade para alcançar resultados cada vez melhores para o Sistema de Saúde como um todo.

Assim, se por um lado, os gestores perdem sua função de autoridade única, por outro, os trabalhadores perdem sua condição de submissos e de omissos, ou seja, sua função de apenas executar ordens, sem precisar responder pelas falhas e deficiências que o serviço apresente. Ressalta-se, porém, que os processos de cogestão para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação, não implicam a ausência de tarefas específicas e nem uma amenização dos enfrentamentos que decorrem das disputas de poder.

Há também, nesse contexto, um SUS que dá certo e que não é divulgado e, por isso, não é muitas vezes reconhecido. Os meios de comunicação polarizam na divulgação dos aspectos negativos: filas, hospitais em péssimas condições etc. Afinal, a quem interessa o SUS? O SUS não é partidário, tem caráter público e não é de um governo específico.

Para tanto, a humanização como política sempre em construção se concretiza por meio das práticas que apontam um SUS que dá certo, e do tensionamento e problematização - um SUS que ao mesmo tempo em que avança também se recolhe. Por isso ela está localizada nos limites da máquina do Estado, onde se encontra com os coletivos e as redes sociais, e no limite dos programas e áreas do Ministério da Saúde e outros, onde ela se encontra com as práticas de cogestão.

Não nos afastemos, porém, da responsabilidade que tem a humanização de se debruçar para o modo como ela tem sido compreendida e exercida no cotidiano do SUS – para que a mesma se atualize enquanto um modo de contribuir para o resgate dos sujeitos como inventivos e, não somente, executores de padrões e normas previamente definidas.

[...] os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente. Se reduzimos o trabalho ao emprego, ao desempenho de uma tarefa formulada por outrem (cisão entre planejar e fazer, cuidar e gerir), focalizamos somente uma das formas que o trabalho assumiu em nossa sociedade. Neste caso, gerir seria sinônimo de administrar, e trabalhar seria o correlato de executar meramente prescrições já formuladas. Porém, o trabalho é exercício da potência de criação do humano, é inventar a si e o mundo. Trabalhar é gerir e colocar à prova experiências, saberes, prescrições; é lidar com a variabilidade e imprevisibilidade que permeia a vida, criando novas estratégias, novas normas. Ao gerir o trabalho, os sujeitos criam e recriam saberes sofisticados e necessários ao seu fazer. (Heckert, Neves, 2007, p.151)

A humanização ainda é compreendida como uma ação de resgate do homem bom e, em consequência disto, o SUS que dá certo é aquele que faz o bem. Os desdobramentos desse equívoco são, em última instância, contrários aos princípios da PNH, que se referem à produção de sujeitos protagonistas e autônomos.

A compreensão de saúde como fazer o bem está vinculada a um modo assistencialista, paternalista, de se concretizarem as práticas de cuidado, e, por trás desse modo de agir, há um entendimento de que o SUS é um favor, e não um direito de todos. Com isso a sociedade fica nas mãos dos interesses individualizados.

Esse campo de sentidos leva a uma manutenção de práticas autoritárias de gestão e de atenção, em que os atores implicados com o cuidado (gestores, trabalhadores, usuários e redes sociais) não criam espaços de articulação para a superação dos entraves do sistema, mais sim de isolamento. Barros (2007) aponta que o alerta é para o risco de um maniqueísmo globalizante que coloca o bem (sociedade inventiva) *versus* o mal (sociedade herdada), encobrindo a diversidade e multiplicidade dos exercícios de poder.

Não há, portanto, uma direção da política de humanização de resgatar o homem bom: médicos não são maus e os enfermeiros, bons. Os saberes técnico-científicos não são maus e os saberes populares, bons. Os especialismos não são maus e os generalismos, bons. O diferente não é mau e o igual, bom.

O princípio da transversalidade vem justamente propor o desafio do diálogo entre as fronteiras do saber e poder, de uma permanente e cooperativa reinvenção das linhas dessas fronteiras, em que se criem novos modos de se produzir saúde e, portanto, da produção de novos sujeitos. É o enfermeiro,

junto com o médico, problematizando os saberes técnico-científicos e os saberes populares, negociando práticas de cuidado considerando as diferenças entre os sujeitos, tensionando, na gestão, os saberes especialistas e ampliando a produção de conhecimento.

Ayres (2005, p.552) aponta:

[...] (1) ao buscar recolocar ativamente sob regime de validação as dimensões normativas da saúde, buscando ver, através e para além dos seus conteúdos tecnocientíficos os seus significados relacional-formativos, as propostas de humanização das práticas de saúde reclamam critérios para a construção de consensos diversos daqueles existentes para a validação dos saberes e ações mais restritos à instrumentalização tecnocientífica; (2) os processos de construção dessa outra natureza de consenso exigem um esforço de renovação que se expande desde a esfera normativa, para outras, nas quais ela está também apoiada, reclamando novos conhecimentos objetivos e perspectivas subjetivas capazes de sustentar as novas interações desejadas.

Transversalizar não pode ser entendido aqui como informar e transmitir dispositivos, modos de fazer, para diferentes grupos. Não se reduz também a análises de coletivos sobre os problemas de ajustamento de papéis; implica, isso sim, a busca de novos sentidos de abertura e invenção de modos singulares de existência:

Transversalidade em oposição a: - uma verticalidade que encontramos, por exemplo, nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes, etc) - uma horizontalidade como a que pode se realizar no pátio do hospital, no pavilhão dos agitados, ou, melhor ainda no dos caducos, isto é, uma certa situação de fato em que as coisas e as pessoas ajeitem -se como podem na situação que se encontrem. (Guattari, 1985, p.93-4)

A noção de transversalidade é aplicada ao paradigma rizomático do saber, pois é a matriz das múltiplas possibilidades de conexão, aproximações, abandonando verticalismos e horizontalismos e construindo possíveis trânsitos pelas multiplicidades sem integrá-las artificialmente (Deleuze, Guattari, 1992).

Na área da saúde, segundo Teixeira (2005), a transversalidade aponta para práticas de vinculação, de criação do comum e de tecnologias relacionais intra e intergrupos. É aquela que inclui a incidência eminentemente afetiva do trabalho em saúde, proporcionando redes de conversação que podem ser pensadas também como redes de trabalho afetivo, indicando a dimensão essencial da criação e manipulação dos afetos (Teixeira, 2005).

Os serviços de saúde recebem a doença da realidade social: seja ela em forma de violência, na de ausência de saneamento básico, ou em desnutrição. Transversalizar é incluir os diferentes atores, contextos e coletivos, e considerar suas conexões possíveis que indicam caminhos para uma saúde que defenda o valor da vida.

A pergunta que se faz para o SUS que queremos é: o que, nos nossos modos de produção de saúde, impede a capacidade dos sujeitos de se colocarem em relação? O que impede sua capacidade de interação, de formação de comunidade e de singularização existencial?

O SUS que dá certo emerge, assim, de práticas transversalizadas de produção de saúde, que criam condições para o aparecimento de novas práticas subjetivas: corresponsáveis, protagonistas e autônomas.

A humanização da saúde se localiza, portanto, como um movimento que coloca uma pergunta nas afirmações aqui questionadas, e que não indicam o fortalecimento dos princípios do SUS. A humanização diz respeito a novos homens em interação e coconstrutores para novas práticas de saúde, em defesa da vida.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.549-60, 2005.

BARROS, R.B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 9, n.17, p.389-94, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, n.12, sup., p.1865-74, 2007.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.389-406, 2005.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Cienc. Saude Colet.**, v.5, n.2, p.219-30, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é Filosofia?** Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

GUATTARI, F. **Revoluções moleculares**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1985.

HECKERT, A.L.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MOTTA, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Cepesc/Abrasco, 2007. p.145-60.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.585-97, 2005.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio a transversalidade dos saberes e práticas de saúde. Esse princípio coloca-se como um desafio e pressupõe o diálogo entre as fronteiras do saber e poder, bem como a permanente e cooperativa reinvenção das linhas dessas fronteiras. É preciso caminhar na problematização dos saberes técnico-científicos e na negociação de práticas de cuidado que incluam as diferenças entre os sujeitos e que trabalhe as tensões entre a gestão e atenção. O SUS que queremos aponta para a ampliação de novas práticas de produção de saúde para a afirmação em “defesa da vida”.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Humanização. Transversalidade. Inclusão. Diálogo. Defesa da vida. Prática de saúde pública.

Humanization of healthcare practices: cutting across, in defense of life

The principle behind the National Humanization Policy for Care and Management in the Brazilian Unified Health System (SUS) is for it to cut across healthcare knowledge and practices. This principle poses a challenge because it requires dialogue between the frontiers of knowledge and power, and continual and cooperative reinvention of the lines of these frontiers. Scientific and technical knowledge needs to be questioned and healthcare practices that include the differences between subjects and the tensions between management and care need to be negotiated. For the SUS that is desired, expansion of new healthcare production practices is required, in order to achieve “defense of life”.

Keywords: Health System. Humanization. Cutting across. Inclusion. Dialogue. Defense of life. Public health practice.

Humanización de las prácticas de salud: transversalizar en defensa de la vida

La Política Nacional de Humanización de la Atención y Gestión del sistema Único de Salud brasileño (SUS) tiene como principio la transversalidad de los saberes y prácticas de salud. Este principio se coloca como un desafío y presupone el diálogo entre las fronteras del saber y del poder así como la permanente y cooperativa re-invencción de las líneas de tales fronteras. Es preciso caminar por el problematismo de los saberes técnico-científicos y por la negociación de prácticas de cuidado que incluyan las diferencias entre los sujetos y que trabaje las tensiones entre gestión y atención. El SUS que queremos se dirige hacia la ampliación de nuevas prácticas de producción de salud para la afirmación en “defensa de la vida”.

Palabras clave: Sistema Único de Salud. Humanización. Transversalidad. Inclusión. Diálogo. Defensa de la vida. Práctica de salud pública.

Recebido em 11/11/08. Aprovado em 13/05/09.