

Humanização e seus Desafios no Cotidiano

Raquel Pastana Teixeira Lima¹

O título deste artigo nos remete à tarefa primeira de esclarecer nossa concepção sobre o termo Humanização. A seguir, consideraremos como desafios o que ainda se coloca por ser resolvido na prática cotidiana de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Humanização tem sido utilizada nos últimos anos com vários significados e conceituada de formas bastante distintas; por isso, entendemos ser necessário relevar este ponto. O conceito que vimos construindo no trabalho com a Política Nacional de Humanização (PNH) refere-se às relações de inclusão e respeito entre sujeitos.

Ora, de que sujeito falamos? Não se trata de um Ser abstrato, descontextualizado, um indivíduo que se pode conceber isolado de seus territórios e de seu tempo, de suas relações com os outros e com o mundo. Este sujeito, ao qual nos referimos, é produzido pelo coletivo, portanto, na relação com os outros, ao mesmo tempo em que também o produz. Somos, em grande parte, produto das relações entre os grupos aos quais pertencemos e que ajudamos a transformar, através de nossa singularidade.

O reconhecimento e o respeito à dignidade do “outro” passam necessariamente pelo reconhecimento de sua legitimidade e singularidade. Uma relação entre igualmente humanos, embora singulares.

Nessa construção não há lugar para vítima ou opressor, já que existem interesses, desejos e projetos a serem conhecidos, compartilhados, negociados e transformados.

No entanto, se nos dispusermos a analisar as relações e vínculos estabelecidos entre os sujeitos envolvidos na produção de Saúde da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), veremos que os desafios estão por ser enfrentados com determinação entre seus profissionais. Muitas vezes, ainda vigora o lema “quem pode mais”, tornando os processos de trabalho e de decisão uma verdadeira guerra.

Também, entre os profissionais de saúde e os usuários, a mesma constatação não é rara: ouvimos constantemente acusações mútuas: do usuário, sobre o descaso, a arrogância e a inoperância dos funcionários; dos trabalhadores, sobre a exigência excessiva pelos serviços, a prepotência de usuários que querem ser atendidos na hora, a violência etc.

Esse relacionamento não é muito diferente entre trabalhadores da saúde e gestores e entre esses últimos e os usuários. Nossos serviços transformam-se em campos de batalhas diárias, onde os culpados são os outros: ninguém precisa mudar, ao mesmo tempo em que “tudo” deveria mudar.

Aquilo que se convencionou chamar de “controle social” (uma expressão que em sua origem tem o significado

oposto ao que conhecemos hoje – o controle do Estado pela sociedade) necessária, a partir desse ponto de vista, ser repensado em seu delírio controlador. Instituir verdadeiramente a participação popular, a gestão participativa no SUS, implica romper com um modo de operar que reproduz a ação intimidadora e, muitas vezes, violenta para derrotar as idéias e propostas discordantes.

O conflito e a divergência podem se tornar analisadores importantes das necessidades de mudança, desde que possam ser explicitados através da palavra franca entre as pessoas. Interesses podem ser legítimos, desejos podem ser realizáveis e todos os que os possuem têm o direito de tê-los (desejos e interesses).

É necessário o exercício de nossa escuta “ingênua”, no sentido de buscar compreender o ponto de vista do outro, ao invés de já prepararmos nossa contraposição enquanto o outro nos fala... sem de fato ser ouvido. Isso não quer dizer que tenhamos que concordar com tudo o que esse outro nos diz, mas que ele pode nos fazer perceber outros recortes da realidade para os quais não havíamos atentado. Ainda que continuemos com nossa própria posição durante uma discussão ou conflito, a prática democrática exige esse reconhecimento da alteridade.

Toda negociação é um processo entre sujeitos. Negociar pede escuta atenta, requer um ‘abrir mão’ de algo e um esforço para contemplar também o outro nos ganhos coletivos. Derrotar o outro é sempre um ato de violência. Gera ressentimentos e prepara para a vingança. Não agrega as pessoas, senão que as segrega. Constrói muros e não abre pontes.

Pensemos em alguns exemplos de nossa realidade: como são utilizados os espaços formais de gestão do SUS? Como ocorrem as decisões polêmicas nos nossos colegiados, conselhos de saúde, comissões interinstitucionais? Ouvimos e compreendemos as posições discordantes para depois buscarmos uma decisão compartilhada? A condução estratégica dos avanços tem sido estruturante para o rompimento com os velhos modelos centrados na consulta médica, em procedimentos serializados, na clínica restrita à queixa-conduta biológica? Tem possibilitado a construção de uma clínica ampliada, centrada nas necessidades de saúde das pessoas, no aumento da resolutividade da atenção básica, no trabalho em equipe que amplia a corresponsabilização e o vínculo? Ou só reproduz o velho modelo, cobrindo-o com novas roupagens, atrativas, mas

¹ Psicóloga, Sanitarista e Psicodramatista, especializada em Gestão de Serviços de Saúde; Psicoterapeuta de grupos e adultos e Consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Contato: raquelptl@gmail.com

que não alteram o cenário de desigualdades e de exclusão, justamente aos grupos populacionais com maiores necessidades em saúde?

Será que não estamos só reproduzindo consultas, pedidos de exames, procedimentos, encaminhamentos intermináveis, sem nos preocuparmos se essa prática tem sido capaz de melhorar a qualidade de vida dessas mesmas populações, ou ainda, de interferir positivamente nas suas condições de saúde?

Somos agentes defendendo a vida das pessoas ou reproduzimos a violência institucional, através de barreiras impostas por horários restritos; rotinas e procedimentos burocráticos que não respeitam as diferenças, vulnerabilidades e singularidades; cartazes que intimidam os usuários para que não manifestem qualquer tipo de insatisfação?

Aprendemos com os usuários ou pensamos que somos detentores do saber/poder e nosso papel é de “ensiná-los” a ser e pensar como nós?

Como se dá a organização dos processos de trabalho? Considerando que todos os trabalhadores são produtores de conhecimento, ou dividimos os profissionais entre os que pensam e os que fazem, entre os que mandam e os que obedecem?

Ao reafirmarmos o SUS como um sistema cujos princípios fundamentais são a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação popular, precisamos encontrar métodos de inclusão democrática de todos os sujeitos e coletivos envolvidos em seu desenvolvimento. Porque, de fato, acreditamos que somente com a participação de todos – trabalhadores da saúde, gestores e usuários – será possível superar os imensos desafios que existem para sua consolidação.

A idéia de participação da sociedade na formulação das políticas públicas de saúde e também no acompanhamento e na avaliação de sua execução não se configuram como algo de menor importância. A população precisa ter acesso às informações sobre os modelos de atenção e de gestão, seus pressupostos, métodos e resultados. Deve entender como se dá o financiamento das ações, para que possa ajudar a decidir as prioridades e acompanhar a implantação de programas e projetos e o cumprimento dos planos e metas. O monitoramento dos gastos públicos só é possível se essa população puder ter acesso às informações e formar capacidade de reflexão crítica sobre as políticas de saúde, porque é para ela que as políticas públicas existem.

Um movimento verdadeiramente humanizador das práticas em saúde não pode deixar de alterar essa lógica de exclusão de Sujeitos. Segundo Paulo Freire (1992), “a desesperança nos imobiliza e nos faz sucumbir ao fatalismo onde não é possível juntar as forças indispensáveis ao embate recriador do mundo. Não sou esperançoso por pura teimosia, mas por imperativo existencial e histórico”.

Sabemos também que não é suficiente ter esperança. É preciso educar nossa esperança com nossa prática, através da análise política conjunta e do exercício da solidariedade, da correção de rotas, quando for o caso, para a consolidação do SUS que queremos – e que pode dar certo.

Referências Bibliográficas

BENEVIDES DE BARROS, R.D.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface**, Rio de Janeiro, v. 9, nº 17: p. 389-394, mai. 2005.

BENEVIDES DE BARROS, R.D.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10(3): p. 561-571, 2005.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e 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.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992

MERHY, E.E.; ONOCKO CAMPOS, R.T. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: apoiador, experiências partilhadas, soluções coletivas**. Brasília, D.F.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Humaniza SUS: clínica ampliada**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: gestão e formação no processo de trabalho**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: gestão participativa, co-gestão**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: grupo de trabalho de humanização**. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ª.ed.. Brasília, D.F., 2004.

_____. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília, D.F., 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2ª.ed. atual. Brasília, D.F., 2003

SANTOS-FILHO, S.B. **Planejamento e avaliação local: um jeito humanizado de utilização de indicadores**. Relatório. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.