

Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)?

What kind of life do we want to affirm in constructing a humanization policy for the healthcare practices of SUS?

¿Qué vida queremos afirmar en la construcción de una política de humanización en las prácticas de salud del SUS?

Claudia Abbês Baêta Neves¹

Há um liame profundo entre os signos, o acontecimento, a vida, o vitalismo. É a potência de uma vida não-orgânica, a que pode existir numa linha de desenho, de escrita ou de música. São os organismos que morrem, não a vida. Não há obra que não indique uma saída para a vida, que não trace um caminho entre as pedras. (Deleuze, 1992, p.179)

É com muito prazer que aceito o desafio de tecer alguns comentários, suscitados pelo instigante texto do Ruben Mattos, "**Princípios do SUS e a humanização das práticas de saúde**", para a seção Debates da revista Interface. Nosso intuito é ampliar e potencializar redes de conversações sobre os processos de constituição do SUS reativando sua força constituinte e afirmando sua potência de obra-aberta no enfrentamento dos desafios na atualidade. Para tanto, parto das análises do autor com a compreensão de que estas se tecem "com" e "a partir de" um conjunto de autores do campo da Saúde Coletiva², e áreas afins, que ainda que não referidos no texto, comparecem e possibilitam nossas movimentações no campo temático proposto.

Ruben Mattos faz, em seu texto, uma análise histórico-contextual do processo de constituição do SUS e seus embates nas décadas de 1970, 1980 e 1990, e, mais especificamente, do que veio a se configurar como seus princípios e diretrizes na Constituição de 1988. As transformações das práticas em saúde são pensadas como o desafio central no debate das políticas de saúde e a base primordial para a sustentabilidade e legitimidade do SUS na atualidade. A integralidade - tema ao qual tem se dedicado há vários anos, junto com outros pesquisadores - é (re) afirmada como conjunto de valores/signos que pautam e dão a direção necessária a estas transformações e rearranjos, qualificando e humanizando as práticas do SUS. Nesta direção, propõe a categoria do sofrimento como indicador privilegiado para análise dos efeitos/produções das práticas em saúde, naquilo que possibilitam de reversão e/ou de antecipação para evitar o sofrimento. Para o autor, uma política de humanização do SUS se inscreve, primordialmente, neste front de luta.

Construo nossa conversa movida por três questões-problema que, a meu ver, tecem o campo problemático no qual se inscreve o debate proposto pelo autor.

¹ Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação, Estudos da Subjetividade, Universidade Federal Fluminense. Campus do Gragoatá, bloco O, 2º andar. Gragoatá, Niterói, RJ, Brasil. 24.210-350 abbes@luma.ind.br

² Madel Luz (2001), Gastão Campos (2007, 2000), Emerson Merhy (2002, 1997), Roseni Pinheiro (2001), Túlio Franco (2004), Luis Cecílio (1997), Sueli Deslandes (2004), Victor Valla (1999), Regina Barros e Eduardo Passos (2005a, 2005b), entre outros.

São elas:

- . que vida afirmamos quando apostamos “na categoria sofrimento como indicador privilegiado para análise dos efeitos/produções das práticas em saúde, naquilo que possibilitam de reversão e/ou de antecipação para sua evitação” (Mattos, 2009)?

- . uma política de humanização seria um novo nome e/ou uma nova roupagem para a integralidade e qualidade na saúde?

- . como preconizar um cuidado integral em tempos de mercantilização e regulação da vida, desde seus aspectos biológicos, genéticos e afetivos, pelo biopoder?

Estas questões se atravessam, se cortam, afirmam regimes de expressão diferenciados e, ao mesmo tempo, constituem um plano comum, qual seja: o plano da vida como *poiesis*, criação e experiência radical que excede e escapa dos processos constituídos, mas deles não se abstrai. Trata-se aqui de chamar atenção para um conceito de vida como uma multiplicidade de planos heterogêneos de existência que ganham valor segundo o tipo de avaliação que os anima (Deleuze, 1976). Vida não orgânica, impessoal, como potência vital que atravessa os indivíduos e, mais do que distingui-los entre si, possibilita, na imprevisibilidade dos encontros, desvios, rupturas e invenções nos tipos de vida dominantes em cada um.

É com este conceito de vida que, em nossa compreensão, se afirma a produção de uma política de humanização do SUS e o campo problemático no qual, e em meio ao qual, se produzem seus princípios, diretrizes e dispositivos de intervenção. Portanto, temos aqui um entendimento que nos convoca a tecer alianças com os movimentos e práticas que potencializem a vida como inflexão e/ou ruptura naquilo que a quer integralizar no estado de coisas, no corpo orgânico e seus sofrimentos. É preciso também afirmar que há vida no sofrimento, e que não há ruptura com um tipo de vida dominante em nós sem sofrimento.

Contudo, é preciso, desde já, sinalizar que este entendimento não ignora, ou mesmo secundariza, os maus-tratos com o corpo orgânico produzidos por práticas de cuidado e gestão que, em seus arranjos, ainda hoje vigentes no SUS, são indutores de maus-tratos com a vida em todas as suas expressões. Outrossim, os entendemos como nossa matéria de intervenção. Entretanto, é preciso marcar uma diferença entre sofrimento como um processo constitutivo da vida em seus embates de re-invenção, e os processos de maus-tratos com a vida.

Os processos de maus-tratos se dão quando tornamos a vida uma funcionária-submissa e refém de prescrições, programas de saúde, médias e padrões instituídos. Estes processos ganham expressão em sintomas e seus efeitos sobre o organismo; na produção de filas madrugantes para busca de senhas para consultas; na desassistência; no re-trabalho a cada novo plantão, programa governamental ou rotina imposta; na produção de escuta e vínculos restritos ao sofrimento orgânico etc.

Diferente disto, afirmamos uma política de humanização da saúde como ação transversal por entre as diferentes políticas de gestão e produção do cuidado; como práticas de problematização ativadoras de produção de coletivos, de ampliação de sensibilidades e percepção aos regimes de visibilidades e expressão instituídos em modos de ser trabalhador-usuário-gestor, de fazer o cuidado e de produzir e se conectar à realidade (Barros, Passos, 2005a). Realidade dinâmica, complexa, efeito de uma dispersão de movimentos-acontecimentos (Foucault, 1979) que, em seus efeitos e conexões, expressam o campo problemático e os desafios no qual se inscreve uma política de humanização do SUS.

Nesta compreensão, entendemos que os indicadores da ação de uma política de humanização se constroem na análise do que se produziu como aliança com movimentos de expansão da vida e seus efeitos nos processos de cuidado e gestão. Movimentos, estes, que emergem na experimentação de conexões que rearranjam, desorganizam e ativam redes de conversações em sua força de criação de modos mais coletivos de trabalhar, fazer e lidar com o cotidiano. Estas ativações agem sobre os corpos possibilitando a expressão de movimentos de (re)invenção de estilos de vida mais potentes, autônomos e protagonistas na lida com as dores e desafios cotidianos. Em seus arranjos relacionais, estilos de vida podem se atualizar em modos de “cuidar de si” (Foucault, 1985) em ressonância mútua com o cuidado do outro em nós - quanto mais forte e potente ‘faz andar a vida do outro’ mais potente faz andar a vida em ‘nós’! Do mesmo modo, podemos avaliar os efeitos das ações de humanização na visibilização de táticas cotidianas e saberes instituintes que são construídos por trabalhadores, dirigentes e usuários/rede

social na lida com os desafios de efetivação dos princípios do SUS nas relações e processos de trabalho no/ e com o território.

É neste movimento de abertura dos limites e possibilidades do estado de coisas, e do que nele produz sintomas e maus-tratos no corpo orgânico, sem deles nos abstrairmos, que entendemos que o sofrimento, tal como referido pelo autor, não seria o indicador privilegiado de nossas ações. Pois, elegê-lo nos 'colaria' nas ações extensivas no estado de coisas e afirmaria nossas ações em saúde a partir do que é expressão de um tipo de vida constrangida, e não do que a produz.

A análise e construção avaliativa destes indicadores em nossas ações nos convocam a construir um certo modo de 'fazer com', incluindo os movimentos e acontecimentos como analisadores que problematizam o que se efetiva no SUS e em nossos modos de fazê-lo acontecer (Barros, Passos, 2005a). O que se afirma, neste modo de fazer, é a indissociabilidade entre os modos de expressão da vida 'encarnada' em estratégias/leis/dispositivos/sofrimentos e os índices de estranhamentos e vibração intensiva que enunciam, nestas encarnações, a vida em sua potência radical de perturbar o instituído e de seguir persistindo no desafio de reinvenção das políticas do presente.

Entre os muitos desafios, destaco os processos de gestão do cuidado num contexto contemporâneo que se caracteriza por uma nova relação de (des)regulamentação entre o poder e a vida (Foucault, 1999). O biopoder, em suas estratégias de expansão e acumulação do capital, otimiza estados de vida que ele submete, se pluga nos processos de cuidado e gestão incitando, conjugando, modulando equilíbrios e médias que se destinam a abstrair a vida, extraindo dela sua heterogeneidade e singularização, para torná-la matéria integral de regulamentação. A biopolítica quer "cuidar" da vida em sua integralidade, para fazer dela uma abstração, para tanto cria 'signos' e se expande na microfísica das práticas de cuidado e gestão. Estas se atualizam na crescente produção de sintomas classificados como novas doenças pela mídia e seus laboratórios financiadores, nas novas Classificações Internacionais de Doenças (CID)s³; nas recorrentes "queixas" de profissionais e gestores sobre os "poliqueixosos que atrapalham os serviços"; na crítica superficial à "não adesão" dos usuários aos tratamentos e prescrições, assim como na lógica de controle higienista que tem se insinuado em alguns programas e estratégias de saúde nos territórios.

Nesta direção, pensamos que se trata menos de preconizar uma centralidade e integralidade destes processos nas políticas do SUS, e mais indagar destas, e nestas, políticas sobre: como cuidamos? O que se quer cuidar? Que tipo de vida potencializamos em nossos modos de cuidar? Que alianças ético-políticas fazemos em nossas produções de cuidados e de políticas de saúde? Conforme nos sinaliza Valla (1999, p.3), é fundamental

superar a mera defesa do papel do Estado em prover diretamente ou em regular a oferta privada (contratada ou autônoma) de serviços. Para que tais serviços contemplem de fato as necessidades sociais das populações, precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e que soluções espontaneamente buscam. A história nunca começa com o contato dos profissionais dos serviços com as suas clientelas. A história é anterior: há um passado que ainda vive, em sua virtualidade, no presente e está referido às experiências acumuladas em uma gama amplamente diversificada de alternativas, bem como às lutas moleculares ou coletivas que enraízam formas de pensar e agir. É esta experiência que precisa ser resgatada pelos serviços, pelos profissionais, técnicos e planejadores.

³ Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças) – CID. Esta classificação, instituída pela Organização Mundial de Saúde, padroniza a codificação de doenças e outros problemas de saúde, tais como acidentes e violências, motivos de contato com serviços, sintomas e sinais etc., sendo adotada em diversos sistemas da área de saúde (Ministério da Saúde/Datasus). Disponível em: <<http://www.datasus.com.br>>. Acesso em: 8 maio 2009.

Referências

- BARROS, R.B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cad. Saude Coletiva**, v.10, n.3, p.561-71, 2005a.
- _____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005b.
- 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.**, v.12, suppl., p.1865-74, 2007.
- _____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992.
- _____. **Nietzsche e a filosofia**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.
- DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.1, p.7-13, 2004.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: _____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.15-37.
- FRANCO, T.B. et al. (Orgs.). **Acolher Chapecó: uma mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. v.1.
- LUZ, M.T. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2001. p.17-37. v.1.
- MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, p.771-80, 2009.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002 (Saúde em Debate, 145).
- MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. (Saúde em Debate, série didática).
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco, 2001.
- VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saude Publica** [online]. v.15, suppl.2, 1999. doi: 10.1590/S0102-311X1999000600002.

Recebido em 01/06/09. Aprovado em 16/06/09.