

A constituição de um novo *ethos* na Saúde: novas *ágoras*, novas formas de produção do comum

Eduardo Mendes Ribeiro

Os embates que envolvem o processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde são travados em diferentes cenários que se relacionam entre si, constituindo um universo complexo que exige de gestores, trabalhadores e usuários múltiplas estratégias de intervenção. Entretanto, todos os que afirmam a necessidade de mudanças nos modelos de gestão e atenção para que se garanta uma atenção integral reconhecem que isto só será possível na medida em que houver uma mudança de “cultura” no contexto em que se desenvolvem as práticas de saúde, o que significa uma mudança na forma como se instituem as relações nos âmbitos da gestão e da atenção, e no universo de sentidos que envolvem as práticas de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, assume como um de seus principais objetivos contribuir para a efetivação de mudanças na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, propondo estratégias e dispositivos capazes de promover alterações nos modelos tradicionais de relações de trabalho e superar a concepção restritiva biomédica de saúde. Estas ações são voltadas à problematização de determinadas tradições, ou seja, da forma como, em dado meio social, as pessoas costumam lidar com certos problemas, especialmente os que envolvem a oferta e demanda por ações em saúde.

Com este objetivo em vista, a PNH assume uma aposta radical nos processos de cogestão, na constituição de rodas de conversa, no encontro/confronto das diferenças. Suas diretrizes, método e dispositivos são dirigidos para a produção de vínculos e posições de co-responsabilização, e muito tem sido feito nesta direção, como pactuações com gestores para implantação de dispositivos, oficinas com trabalhadores para análise e discussão de seus processos de trabalho, proposição de fóruns inter-gestores para articulação de redes de serviços, etc. No entanto, estes processos nem sempre avançam na direção desejada, o que impõe uma reflexão permanente acerca de questões como: por que supor que reunindo as pessoas para conversar elas tenderiam a decidir e agir de acordo com o que os sanitaristas consideram ser o melhor para a Saúde do país? Como aproximar a experiência de cada um com as resoluções que orientam e redefinem as relações no SUS? Considerando que muitas das estratégias não são consensuais nem entre os especialistas, como construir consensos mínimos que conduzam a um comprometimento coletivo com objetivos comuns? Sem afirmar a necessidade de um pensamento único, como incluir o diferente (estratégias, valores, crenças, concepções) sem perder a identidade de um projeto político? Quais diferenças não podem ser aceitas?

Se por um lado é importante relativizar, procurando compreender as circunstâncias e as razões que fazem com que se estabeleçam determinadas práticas e se defendam certas posições, por outro lado não há porque ser tolerante com a intolerância, nem solidário com a ganância e

o descompromisso com o bem-comum. Estas tensões se atualizam e se movimentam de forma singular em cada contexto social, mas independentemente da singularidade da agonística, as estratégias de intervenção da PNH pressupõem uma confiança básica na ação coletiva, acreditando que a horizontalidade das relações tende a produzir solidariedade e respeito às diferenças. Mas, mesmo quando isto não ocorre, se obtém como produto destes processos de discussão uma definição mais clara dos campos em disputa, o que pode levar à construção de alianças e parcerias para enfrentar o que se apresenta como um desafio a ser superado.

Passados pouco mais de cinco anos desde o lançamento da Política, é possível avaliar em que medida estas apostas têm sido bem-sucedidas: em primeiro lugar, é importante ressaltar que a PNH conseguiu, em muitos lugares, fazer reconhecer sua direcionalidade política e sua atuação nas diversas instâncias do SUS, o que constitui um avanço em relação ao antigo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), desenvolvido pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2002. Outra conquista foi o ganho de visibilidade pública: hoje a PNH encontra-se na agenda de um grande número de gestores, integrando o conjunto de seus projetos prioritários. Evidentemente, nem todas estas ações se mostram alinhadas com os compromissos e métodos propostos pela PNH, sendo que várias delas apresentam claras intenções demagógicas e eleitoreiras, o que não invalida o fato de que muitos dos dispositivos reunidos¹ pela Política estejam sendo implantados em serviços de todo o país.

Mesmo assim, é difícil dimensionar em que medida este conjunto de estratégias e ações está contribuindo para uma mudança nos modelos de gestão e atenção em saúde, pois se faz necessário um período de tempo maior para que os efeitos destes processos se difundam e consolidem como novas formas de relações nas práticas de saúde.

Foi com o objetivo de reunir estas experiências e produzir uma percepção da potência destes movimentos que foi realizado o *2º Seminário Nacional de Humanização: Trocando experiências, Aprimorando o SUS*, em Brasília, entre os dias 05 e 07 de agosto de 2009.

A apresentação da metodologia que foi adotada no Seminário deixa claro o entendimento da forma como a Política de Humanização pode avançar na condição de política pública:

“O *2º Seminário Nacional de Humanização: Trocando experiências, Aprimorando o SUS* se organiza fazendo também uma aposta metodológica. O evento tem para nós o sentido de uma roda de conversação. Daí a afirmação do modo de fazer da PNH pautado pelo método da tríplice inclusão: inclusão dos diferentes atores/autores do campo da saúde; inclusão dos conflitos ou da agonística presente nesta roda; e inclusão da dimensão coletiva sem a qual não podemos construir e consolidar políticas públicas no campo da saúde.” (Rede HumanizaSUS)

¹ O que se costuma chamar de “dispositivos da PNH” é um conjunto de práticas com potencial para acionar processos de mudanças voltados à adoção de novos modelos de gestão e atenção em saúde, como a co-gestão, o acolhimento com classificação de risco, as equipes multiprofissionais com apoio matricial, etc.

Espera-se que, com esta tríplice inclusão, a dimensão pública da política ganhe força e, desta forma, consiga contrapor-se aos interesses estritamente privados, sejam eles de ordem econômica, sejam de ordem corporativa. Trata-se de uma aposta metodológica, mas também de uma aposta que pretende incidir sobre o campo da ética, ou para ser mais exato, que pretende promover mudanças no *ethos* presente nas práticas de saúde. “*Ethos*” sendo entendido como uma forma de se conduzir, de pensar, de sentir, de estar com os outros e conviver com suas diferenças.

A PNH propõe um modo de fazer (ou modos de fazer) política de saúde que parte de alguns princípios, desdobrados daqueles que, de forma ampla, orientam a construção do SUS; mas é reconhecido também que o desenvolvimento desta Política não pode ser pautado por *a priori* refratáveis ao debate público, nem por um *telos* idealizado.

Partindo deste entendimento, as diversas modalidades de atividades realizadas no Seminário assumiram sempre o formato de rodas de conversa, restringindo ao mínimo necessário os lugares/funções de falas privilegiadas, e fazendo predominar as relações de lateralidade.

Uma radicalização desta proposta ocorreu no espaço “Ágora”², onde se procurou vivenciar uma experiência de debate público, inspirada nas práticas de algumas cidades da Grécia Antiga. Neste espaço ocorreram conferências, que tinham a função de incitar o debate, mas ocorreram, principalmente, os chamados “Cafés HumanizaSUS”, nos quais em torno de 1.200 pessoas sentavam-se em arquibancadas organizadas em torno de um espaço central, e alternavam-se no microfone, fazendo pronunciamentos de vários tipos: depoimentos, relatos de experiências, avaliações, críticas, proposições, etc. Seria demasiado afirmar que nestes momentos tenha ocorrido um debate, ou mesmo uma conversa, pois o que predominou foram as manifestações de reconhecimento da importância da experiência de coletivo, ou da coletivização da experiência.

Esta referência à democracia antiga pode conduzir a algumas reflexões interessantes: uma delas é a de que, para os gregos³, esta era uma experiência de liberdade, na medida em que eles, ao contrário dos demais povos de sua época, tinham o poder e a responsabilidade de decidir sobre seus destinos e sobre a forma como pretendiam viver e se relacionar. No caso da experiência de Brasília, mesmo que a assembléia dos participantes do Seminário não tivesse poder deliberativo, era a construção de uma política pública que estava sendo trabalhada, e todos se comportavam como se cada manifestação fosse uma contribuição para um projeto coletivo.

Outra comparação que pode ser feita entre estas experiências de “Ágora”, refere-se à forma como são tomadas as decisões: na experiência pioneira de democracia direta as deliberações se davam, ou por votação, quando se tratava de escolher entre propostas diferentes, ou por sorteio, quando se tratava de escolher alguém para assumir determinada função. Na PNH, onde são propostas diversas modalidades de *ágora*, a prática de

² *Ágora* era como eram chamadas as praças das antigas cidades gregas, como Atenas, e onde os cidadãos se reuniam para realizar debates públicos e tomar decisões relativas à vida na cidade.

³ É importante notar que nem todas as cidades da Grécia antiga eram democráticas. Esparta, por exemplo, era monárquica.

cogestão procura incluir as diferenças em um processo de pactuação, o que aumenta o grau de co-responsabilização de todos os envolvidos. É claro que, em sociedades como as da Grécia Antiga, muito menos individualista do que a nossa, votações e sorteios podiam produzir este mesmo efeito, pois o sentimento de pertencer a uma comunidade predominava sobre qualquer processo de individuação.

Mais de dois mil anos separam estas experiências, o que poderia produzir um questionamento sobre a pertinência de tomar a prática da *ágora* como referência em uma sociedade de muito maior escala, com um complexo sistema político-institucional que traz consigo o acúmulo de vários séculos de experimentações políticas. Uma resposta possível seria a observação de que nossa sociedade hoje se depara com o problema de reunir o que muitos séculos de dominação e desigualdade e alguns séculos de modernidade separaram, como os saberes disciplinares, dentre eles os que se referem ao corpo e a mente, ou os diferentes campos de sociabilidade que se estabelecem em âmbitos distintos, como a educação, a saúde, o lazer, o trabalho, a família e a sexualidade. Multiplicam-se as nomeações para estes esforços: interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, intersetorialidade, constituição de redes, etc. É neste sentido que a lembrança da experiência grega pode ser inspiradora.

Mas, por outro lado, e diferentemente do que ocorria nas sociedades antigas, hoje vivemos em uma democracia liberal, movida pela lógica de produção/consumo própria do modelo capitalista, e que traz entre seus ideais uma concepção de liberdade intimamente associada ao individualismo. Frente a esta situação, não se trata de assumir nenhum tipo de posição nostálgica, mas, sim, de criar formas de participação social em que as trajetórias singulares de cada sujeito encontrem, no plano coletivo, condições para a produção de um comum que viabilize o compartilhamento de valores e ideais. No campo das políticas de saúde, pretende-se defender os direitos e deveres de usuários e trabalhadores, mas, além da garantia do exercício da cidadania, onde impera a universalidade, defende-se o reconhecimento dos desejos, carências e demandas singulares.

Os Cafés HumanizaSUS, que ocorreram no final dos dois primeiros dias do Seminário, propiciaram uma rara oportunidade de por em ato, no contexto mais amplo de uma assembléia dos autores/atores envolvidos no desenvolvimento da PNH, aquilo que compõe o quadro de princípios e valores que orienta esta Política. Tratando-se de um evento cuja estrutura e funcionamento careciam de referências anteriores recentes, em muitos momentos o planejamento deu lugar à experimentação e ao improvisado. Mas, e este é um analisador interessante, a forma como os coordenadores do Seminário assumiram as falhas, aliada a uma metodologia de trabalho que desconstruía qualquer hierarquia, fizeram com que, em vez de insatisfações e críticas, as manifestações que preponderaram tenham sido as de solidariedade e co-responsabilização. O Seminário era de todos.

Mas, o que esperar desta experiência de *Ágora*?

Se o objetivo não era deliberar, também não se deu nenhuma produção de consensos, afinal, existem muitas formas de conceber o que seja “humanização da gestão e da atenção”, sendo legítimo inclusive o questionamento acerca da pertinência do conceito de “humanização” quando aplicado às políticas de saúde. Muito provavelmente, a maioria das

peças que participou do Seminário saiu de Brasília com um entendimento acerca deste tema muito parecido com o de quando lá chegou, afinal um dos critérios para ter sua inscrição aceita era o de já participar, de alguma forma, da implementação da Política. O principal efeito do seminário, portanto, não se deu no âmbito da formação.

É possível afirmar que o que lá ocorreu foi o exercício de uma ética, na medida em que o que se vivenciou nos Cafés HumanizaSUS foi uma experiência de construção de um projeto comum a partir do acolhimento da diferença. Foram muitos os sotaques, os estilos, as propostas, as demandas e os convites, e eles nem sempre vinham ao encontro das expectativas uns dos outros: em alguns momentos, era possível perceber certo desconforto, de parte de alguns, com o que lhes parecia uma excessiva ênfase nas manifestações lúdicas e afetivas, deixando em segundo plano a agenda política e o compromisso com os projetos de mudança; outras vezes eram as próprias estratégias voltadas às mudanças que apresentavam aspectos divergentes. Mas, como já foi dito, não se tratava de debate, nem de consensos, sendo que afirmar que as diferenças foram acolhidas é mais do que dizer que elas foram respeitadas. É dizer que elas foram incluídas no plano coletivo e incorporadas como uma diversidade possível na perspectiva de cada participante.

Este provavelmente foi o grande produto do Seminário: mais do que um grande inventário das formas de “fazer humanização”, mais do que trocas de experiências e constituição de parcerias, mas também tudo isso, algo se produziu neste processo de afirmação e comprometimento para com um projeto coletivo, e este “algo”, impalpável como muitas das intervenções no âmbito da PNH, está relacionado à aproximação de um ideal à vida concreta, ao cotidiano muitas vezes desvitalizado de cada trabalhador da saúde.

Mesmo sendo um evento promovido pelo Ministério da Saúde, ou seja, uma atividade dotada de certa oficialidade, nos diversos ambientes em que ocorreu o Seminário predominava um sentimento transgressivo, quase marginal, que se manifestava de várias formas nas intervenções dos participantes: ora quando era afirmado e valorizado o fato deste encontro ser “diferente” dos que costumam ser realizados para discutir políticas de saúde, especialmente por garantir ampla liberdade de expressão aos participantes e organizar dinâmicas de trabalho com muito poucas formalidades; ora através de manifestações artísticas, poéticas ou retóricas, que exaltavam os afetos trocados e/ou compartilhados, e estabeleciam certo contraponto à aspereza das discussões técnicas, administrativas e financeiras que fazem parte do cotidiano das práticas de saúde; ou ainda nas múltiplas análises que enfatizavam o caráter contra-hegemônico das políticas voltadas à construção do SUS, e o quanto era necessário uma verdadeira “prática de guerrilha” para, pouco a pouco, ir minando as resistências daqueles que, inspirados por ideologias neoliberais, recusam o projeto de uma “Saúde para todos”, em um “SUS que dá certo”.

Em um ambiente que lembrava os encontros do Fórum Social Mundial, onde a diversidade se reunia na produção de um comum, pode-se dizer que nas experiências de *ágora* realizadas no Seminário esteve sempre presente a idéia, e a esperança, de que “uma outra Saúde é possível”, e um sentimento de orgulho por fazer parte deste projeto.

Referências Bibliográficas:

Rede HumanizaSUS. 2º Seminário Nacional de Humanização/metodologia. Disponível em: < <http://www.redehumanizasus.net> >. Acesso em: 18 de ago. 2009.

Eduardo Mendes Ribeiro – Psicanalista, doutor em antropologia social (UFRGS), consultor do Ministério da Saúde, coordenador da Política Nacional de Humanização na Região Sul, diretor do Instituto APPOA – clínica, intervenção e pesquisa em psicanálise.