



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
Mestrado Interinstitucional em Sociologia
Política**

PATRÍCIA DE SOUSA FERNANDES QUEIROZ

**HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
avanços, paradoxos e desafios**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz

**HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
avanços, paradoxos e desafios**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Grisotti

Florianópolis

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Queiroz, Patrícia de Sousa Fernandes

Humanização dos Serviços de Saúde: avanços, paradoxos e desafios /
Patrícia de Sousa Fernandes; orientadora, Márcia Grisotti – Florianópolis, SC,
2015.

177 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Política.

Inclui Referências

1. Sociologia Política. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política Pública. 4.
Humanização da atenção e gestão de saúde. I. Grisotti, Márcia. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. III.
Título.

Patrícia de Sousa Fernandes Queiroz

**HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
avanços, paradoxos e desafios**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de MESTRE em Sociologia Política e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Prof^ª. Dr^ª Yan de Souza Carreirão
Coordenadora do Programa

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Grisotti
orientadora

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Membro

Prof. Dr. Jacques Mick
Membro

Prof^ª. Dr^ª. Marta Verdi
Membro

Florianópolis, 11 de Fevereiro de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, Eualdo Fernandes (*in memoriam et corde*), ao meu marido Fabrício, à minha mãe, Maria Amélia e aos meus queridos irmãos, Juliana, Junior e Jéssica – razões do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que ao longo de toda minha vida tem me abençoado ricamente e me conduzido pelos caminhos de flores e espinhos que tenho percorrido;

Agradeço ao meu marido, Fabrício, que me apoiou desde o momento em que decidi pleitear uma vaga no Mestrado Interinstitucional, por suportar com sabedoria e paciência os meus destemperos e, sobretudo, por compreender a minha ausência quando estive em Florianópolis. Agradeço ainda por todo o seu carinho, compreensão e companheirismo.

Agradeço a minha mãe, Maria Amélia, por sempre acreditar em mim, por me motivar a lutar pelos meus sonhos e por ser o meu exemplo maior de que com fé, humildade e persistência somos capazes de grandes coisas.

Agradeço aos meus irmãos, Juliana, Junior e Jéssica e aos meus cunhados Rômulo, Suzanny e Wagner por todo apoio e carinho.

Agradeço às minhas avós, Luiza e Lavínia e aos meus sogros, Rubens e Neuza pelas orações e pelo entusiasmo com as minhas vitórias.

Agradeço a Márcia Grisotti pela orientação deste trabalho, por compartilhar generosamente os seus conhecimentos e pela acolhida em Florianópolis.

Agradeço aos colegas do Mestrado Interinstitucional pela companhia e amizade, e por se tornarem o meu porto seguro em Florianópolis. Encontrá-los pelos corredores da UFSC, na padaria, nos restaurantes, na praia era como se um pedaço da minha querida Minas Gerais estivesse no sul e aquecia o meu coração.

Agradeço à Clara Cynthia pela colaboração e apoio ao longo do desenvolvimento desta dissertação e por dividir comigo as alegrias, mas, sobretudo, as preocupações que esse processo envolve.

Agradeço ao Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina e ao Instituto Federal do Norte de Minas Gerais pela dedicação na viabilização deste Mestrado Interinstitucional.

Agradeço aos Consultores da Política Nacional de Humanização que aceitaram participar desse estudo e desnudar a política, discutindo as suas forças e fraquezas. Não seria possível este trabalho sem a colaboração e generosidade desses consultores.

Agradeço também aos gestores e trabalhadores do SUS do município de Januária – MG que dedicaram um tempo para conversarmos sobre humanização e pelas importantes contribuições para a construção deste trabalho.

Agradeço, por fim, a todos os amigos e familiares que me apoiaram ao longo da elaboração desse trabalho, por me (re)animarem quando, por diferentes motivos, enfraqueci e por entenderem a minha ausência e a importância deste momento.

RESUMO

Este trabalho refere-se ao estudo dos avanços, paradoxos e desafios da Política Nacional de Humanização na atenção e gestão dos serviços de saúde encontrados nos discursos dos consultores dessa política e dos trabalhadores e gestores do SUS de Januária – MG. Através das entrevistas foi possível identificar: 1) a polissemia que o termo humanização assume nos territórios reforça uma concepção romântica e desloca a perspectiva apresentada pela Política Nacional de Humanização, sendo necessário, portanto, uma ressignificação do termo para que o movimento da humanização das práticas de atenção e gestão seja desviado de uma possível idealização do humano e passe a ser compreendido como um processo de caráter instituinte e que se constrói coletivamente através da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde; 2) a lógica hegemônica de produção de saúde encontra-se alicerçada num modelo autoritário e não favorece a democratização institucional; 3) as instituições formadoras reiteram o modelo biomédico e exclui a produção de subjetividades do processo de produção de saúde; 4) os consultores percebem uma tensionalidade entre a lógica da PNH e o modo de fazer das outras políticas de saúde. Sobre este último item, percebemos que essa incongruência faz com que os gestores de saúde encontrem pouca ou nenhuma correspondência entre a PNH e as demais políticas do MS e, como consequência, a gestão tende a concentrar os seus esforços prioritariamente nos aspectos quantitativos da produção de saúde em detrimento da qualidade dos processos e da valorização do trabalho e do trabalhador. Concluímos com esse trabalho que embora a força instituinte da PNH seja uma ferramenta precípua para a defesa do SUS, ainda é necessária uma articulação mais fortalecida com as demais políticas públicas de saúde e um esforço multissetorial para fortalecer a humanização nos mais diversos e singulares territórios, fomentando nos gestores e trabalhadores do SUS um modo mais reflexivo e cogido de executar as políticas de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Política Pública; Humanização da atenção e gestão.

ABSTRACT

This work refers to the study of the advances, paradoxes and challenges of the Humanization National Policy in care and management of health services found in the speeches of consultants from this policy, workers and managers from SUS at Januária – MG. Through this interview was possible to identify: 1) The polysemy from the term humanization assumed on the territory reinforces a romantic conception and deviates from the perspective presented by the Humanization National Policy, being necessary, then, to reframe the term so the care and management practices from the humanization movement is diverted from a possible idealization of human and starts to be comprehended as an establishing character process that is collectively build thorough the inclusion of different individuals involved in the health production; 2) The health production hegemonic logic lies in an authoritarian model and does not help institutional democratization; 3) The institutions formed reinforce the biomedical model and excludes the subjectivities production of the health production process; 4) The consultants notice a tension between the Humanization National Policy logic and the way to perform the other health policies. About the last item, we noticed that this inconsistency leave the health managers with little or none correspondence between Humanization National Policy and the other Ministry of Health policies and, as a consequence, the management tends to focus its efforts in quantitative aspects of health production impairing the process quality and the work and worker valuation. We conclude with this work, although the Humanization National Policy establishing force is the main tool for the SUS defense, that it is still needed some powerful articulation with other health public policies and a multisectoral effort to strengthen the humanization in unique and many other territories, promoting in SUS managers and workers a reflexive and co-managed way to perform health policies.

Key words: Single Health System; Public Policy; Care and Management Humanization.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 01 -	Documentos oficiais lançados pelo Núcleo Técnico da PNH.....	49
Tabela 01 -	Índice de Desenvolvimento do SUS do município de Januária (2008-2011).....	94

SIGLAS

AC – Análise de Conteúdo

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

OMS – Organização Mundial de Saúde

MS – Ministério da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

PNHAH – Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
PERCURSO METODOLÓGICO	27
DESENHO DO ESTUDO	27
PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
COLETA DE DADOS	29
ANÁLISE DOS DADOS	30
ASPECTOS ÉTICOS	31
CAPÍTULO I – A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA: HISTÓRIA DE AVANÇOS E ENFRENTAMENTOS	33
1.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA HUMANIZAÇÃO DO SUS .	33
1.2 O SURGIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA	39
1.3 HUMANIZAÇÃO COMO UM PROBLEMA CONCEITUAL: MOVIMENTO DE MUDANÇA DE MODELOS x CONCEPÇÃO ROMÂNTICA	51
1.4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS APOIADORES NA CAPILARIZAÇÃO DA PNH	58
1.4.1 As forças e fraquezas da não institucionalização da PNH ..	59
1.4.2 O impasse da ausência de financiamento	63
1.4.3 As discontinuidades provocadas pela alternância de poder.....	68
1.4.4 Cultura autoritária e poder biomédico como cerceadores da humanização.....	71
1.4.5 A democratização institucional como ameaça	75
1.4.6 A temporalidade da humanização dos processos	82
CAPÍTULO II – OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO FRENTE AO CAOS SANITÁRIO DE UM MUNICÍPIO NORTE-MINEIRO	87
2.1 O RETRATO DA SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS	87
2.2 OS ENTRAVES PARA A INTERIORIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA PNH	97
2.2.1 Condições de trabalho insatisfatórias	97
2.2.2 Desvalorização do fator humano em saúde	102
2.2.3 Sobrecarga do trabalho médico	109

2.2.4 Verticalização da gestão	111
2.2.5 Desorganização da rede de atenção à saúde	117
CAPÍTULO III – A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DA HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	125
3.1 HUMANIZAÇÃO DO CURRÍCULO DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE.....	128
3.2 A REVERBERAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO	141
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados	171
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa.....	173
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	175

INTRODUÇÃO

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (BRASIL, 2006).

No Brasil, em 1988, as lutas sociais resultaram no estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas propostas estão centradas no cidadão e não somente no funcionamento do sistema de saúde (GARCIA *et al.*, 2009). Benevides e Passos (2005a) afirmam que o SUS é o resultado de lutas pela redemocratização da sociedade brasileira que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar que impunham não só a recolocação das funções e deveres do Estado, como também, os direitos dos cidadãos.

Em 1990, a lei número 8.080 regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências. O art. 2º desta lei dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O § 1º do art. 2º aponta que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Garcia *et al.* (2009) afirmam que apesar da estruturação do sistema público de saúde brasileiro ter sido considerada um grande avanço, a mesma não se deu sem uma série de percalços, muito menos conseguiu, até o momento, responder ao que preconiza, uma vez que a saúde pública brasileira ainda vive momentos de agonia e tem sido protagonista de cenas inaceitáveis, considerando as condições técnicas e econômicas atuais.

Rios (2009) aponta que o SUS é o sistema idealizado para os anseios de saúde do povo brasileiro, porém é também o sistema de saúde

público que apresenta as contradições e heterogeneidades que caracterizam nossa sociedade: serviços modernos e de ponta tecnológica ao lado de serviços sucateados nos quais estão presentes a cronificação do modo obsoleto de operar o serviço público, a burocratização e os fenômenos que caracterizam situações de violência institucional.

Resende (2007) afirma que, no contexto brasileiro, o setor saúde é um dos campos que espelha nitidamente a limitada eficácia humana, quer pelo modelo de atenção à saúde, ou pelo modelo de gestão, quer pela formação dos profissionais, suas condições de trabalho, que constituem o conjunto de fatores indutores de atitude e decisões consideradas desumanas.

Assim, o SUS continua um ‘sistema em construção’ e ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos (PAIM, 2008).

Os problemas relacionados, mais especificamente, à baixa qualidade da atenção dispensada ao usuário e às condições deficientes nas quais os trabalhadores da saúde atuam, levaram o Ministério da Saúde (MS) no final dos anos 1990 a entender que a humanização do SUS poderia constituir como uma ‘estratégia de enfrentamento’ dessas dificuldades (MATIAS, 2012).

De acordo com Deslandes (2004), o termo ‘humanização’ tem sido utilizado largamente no âmbito da saúde, porém a legitimidade da temática ganha novo status quando, em maio de 2000, o MS regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano e que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”.

O PNHAH – no compasso de outras iniciativas como a Humanização do Parto e da Saúde da Criança – propunha um conjunto de ações integradas com o objetivo de mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil e aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Esse conjunto de ações incluía investimentos para a

recuperação da estrutura física das instituições, renovação de equipamentos e aparatos tecnológicos, diminuição do custo de medicamentos, capacitações do quadro de recursos humanos e, para garantir o melhor uso dessa infraestrutura, melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde (BRASIL, 2001).

De acordo Matias (2012, p. 24), “o fato do PNHAH focar apenas hospitais, restringir-se à dimensão assistencial e estar estruturado como programa, sem um método que avançasse efetivamente sobre as causas associadas ao cenário de esgotamento da saúde, levou o MS a extingui-lo em 2003”.

Ainda em 2003, o MS decidiu fazer uma aposta na humanização como “re-encantamento” do SUS (PASCHE e PASSOS, 2008, p. 92). Benevides e Passos (2005a, p. 562) relatam que nesse período iniciou-se no MS um debate envolvendo “a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde”. Os autores afirmam que nesse momento houve uma tensão entre concepções diferentes, pois haviam escolhas que priorizavam “focos e resultados dos programas” e outras que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão.

Os debates foram construídos em torno das condições precarizadas do trabalho, das dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, do descuido e da falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde. O diagnóstico feito com todas essas discussões apenas ratificava a complexidade da tarefa de se construir de modo eficaz um sistema público que garantisse acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros (BENEVIDES e PASSOS, 2005a).

Assim, o PNHAH, a partir de 2003, cede lugar à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (doravante PNH), também chamada de HumanizaSus, que passa a incorporar além dos hospitais, todos os outros níveis de atenção à saúde do SUS. Conforme aponta Brasil (2004a), a partir desse momento, a humanização passa ser vista como uma das dimensões fundamentais para a construção de uma Política de Qualificação do SUS, não podendo ser compreendida apenas como um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas, sim, como uma política que opera transversalmente em toda a rede SUS.

A humanização como política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em (1) traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde; (2) orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando ‘o homem’; (3) construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; (4) destacar os aspectos subjetivos das práticas de saúde; (5) contagiar por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários; (6) posicionar-se como política pública nos limites da máquina do Estado onde ela se encontra com os coletivos e as redes sociais e nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros Ministérios (BRASIL, 2012a).

Brasil (2004a, p. 06) afirma que

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano”(!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores”.

De acordo com Benevides e Passos (2005b), a humanização dos serviços de saúde enfrenta além de um desafio conceitual, um grande desafio metodológico a fim de ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder aos justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde. Neste sentido, afirmam que a PNH apenas se efetivará caso consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

Sobre isso, Rios (2009) afirma que, embora importantes, não são necessariamente as ações consideradas ‘humanizadoras’ que determinam um caráter humanizado ao serviço como um todo, mas a consideração aos princípios conceituais que definem a humanização como a base para toda e qualquer atividade. Portanto, o desafio é criar uma nova cultura de funcionamento institucional e de relacionamentos na qual, cotidianamente, se façam presente os valores da humanização. Pasche e Passos (2008, p. 98), corroboram ao afirmar que “melhor do que envelhecer é o HumanizaSUS poder se dissolver enquanto política de Estado e de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e usuários”.

Cada vez mais constatamos que a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não-verbal, precisam ser considerados nas relações entre o profissional da saúde e o paciente (GOURLART e CHIARI, 2010). Para isso, talvez o grande nó ainda não desatado tenha a ver com a necessidade de desenvolver nos profissionais o interesse legítimo pelo paciente. Tarefa nada fácil nos tempos atuais, em que prevalece o individualismo e o jeito narcísico de ser, inclusive na própria formação acadêmica dos profissionais da saúde (RIOS, 2009).

Percebe-se que os problemas que envolvem a efetivação da humanização dos serviços de saúde perpassam não apenas as questões metodológicas e gerenciais que, por si só, já demandam um enorme esforço, mas também os aspectos que envolvem a formação acadêmica dos próprios profissionais que atuam na área da saúde. De acordo com Gomes *et al.* (2011), a tendência a uma formação predominantemente tecnicista na área de saúde é um dos aspectos que contribuiu para o empobrecimento do vínculo humanístico da relação terapêutica. Na transição para uma medicina científica, a formação tornou-se cada vez mais especializada e perdeu o caráter pluralista.

Esse fato é de grande relevância, uma vez que um dos aspectos que mais tem chamado atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe (BRASIL, 2012a).

Diante do exposto, foram elaboradas as seguintes perguntas de pesquisa: *quais os problemas enfrentados pela PNH para sua capilarização nos diferentes territórios? Qual a compreensão e*

experiência dos trabalhadores e gestores do SUS sobre as possibilidades e desafios da humanização? As instituições formadoras têm contribuído para a formação de profissionais de saúde comprometidos com a qualificação do SUS?

Para responder essas perguntas, o projeto de pesquisa foi configurado com o objetivo de analisar os avanços, paradoxos e desafios da PNH na atenção e gestão dos serviços de saúde no discurso dos consultores da PNH e dos trabalhadores e gestores do SUS do município de Januária, localizado no Norte de Minas Gerais e, especificamente: (1) identificar e analisar o entendimento e a experiência dos trabalhadores e gestores do SUS do município de Januária – MG sobre a humanização e a sua articulação na execução da política de saúde; (2) caracterizar o cenário sanitário do município de Januária – MG sob a ótica dos gestores e trabalhadores do SUS; (3) identificar e analisar os fatores facilitadores e dificultadores da capilarização da PNH nas práticas de atenção, gestão e formação acadêmica sob a ótica dos Consultores da política do MS e trabalhadores e gestores do SUS de Januária – MG.

A hipótese inicial é que existe um distanciamento dos princípios e diretrizes da PNH e a realidade dos serviços de saúde do SUS e que a racionalidade biomédica reforçada pela formação tecnicista dos profissionais de saúde, além da verticalização das relações e tomadas de decisão, sejam fatores que contribuam para a dissonância entre a humanização entendida pela PNH e a atenção e gestão no sentido prático dos serviços públicos de saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

DESENHO DO ESTUDO

Para esta pesquisa foi utilizada uma abordagem qualitativa dos dados, sendo o estudo de caráter exploratório-descritivo.

A abordagem qualitativa se justifica, pois, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), essa abordagem implica em uma ênfase sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência e ressalta a natureza socialmente construída da realidade.

Além disso, Poupart *et al.*(2010) afirmam que a pesquisa qualitativa contribui com a pesquisa social por proporcionar uma renovação do olhar lançado sobre os problemas sociais e sobre os mecanismos profissionais e institucionais de sua gestão. Visando a modificação da percepção do problema e também da avaliação de programas e serviços, a pesquisa qualitativa pretende mudar tanto a prática quanto o seu modelo de gestão. Os autores consideram que mais do que uma técnica de coleta de dados, o procedimento qualitativo traz um novo questionamento, permitindo reconceituar problemas sociais.

Sobre o caráter exploratório do estudo, Gil (1987) afirma que o principal objetivo é o desenvolvimento, esclarecimento e modificação de ideias e conceitos, além da formulação de problemas mais precisos para estudos posteriores.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram:

1) **Consultores da PNH.**

De acordo com Mori e Oliveira (2009), os consultores são profissionais contratados pelo MS/PNH e que são responsáveis pelo apoio institucional através da divulgação e sensibilização para implantação da PNH no SUS; divulgação, sensibilização, formação e capacitação de trabalhadores, gestores e usuários do SUS, para

implementação das diretrizes e dos dispositivos da PNH; construção de interfaces com outras áreas técnicas do MS; participação de reuniões pautando a divulgação da PNH, dentre outras atividades.

Para a formação do grupo composto pelos consultores da PNH foi utilizada uma amostragem não probabilística em bola de neve ou *snowball*. Este tipo de amostra é composto por respondentes que indicam outros respondentes potenciais para serem incluídos no estudo (HAIR JR *et al.*, 2008).

O convite para a participação da pesquisa foi enviado para o endereço eletrônico de 18 consultores, sendo que apenas 10 responderam ao contato e aceitaram participar do estudo. As entrevistas foram realizadas em local e horário conforme a disponibilidade do participante ou através de software que possibilitou a comunicação com voz via internet.

Os consultores foram identificados ao longo deste trabalho através da letra C seguida de números de **1 a 10**, como, por exemplo, **C1, C2... C10**.

2) Trabalhadores do SUS e gestores de saúde que atuam em Januária/MG.

Januária localiza-se no Norte de Minas Gerais, na região do Médio São Francisco, a 600 km da capital mineira, Belo Horizonte. De acordo com o último senso demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade possuía 65.463 habitantes e estimou-se para 2014 um total de 68.065 habitantes, sendo considerado o 3º município em população geral do Norte de Minas Gerais. Essa cidade foi escolhida pela facilidade de acesso da pesquisadora, mas, sobretudo, pelo sistema de saúde ser palco de constantes críticas por parte da população e dos profissionais de saúde devido, especialmente, a infraestrutura deficiente; a falta de profissionais de saúde, principalmente, médicos; a relativa qualidade dos serviços oferecidos; além de outros problemas perenes de ordem política. Assim, a melhoria da saúde torna-se sempre objeto de campanha eleitoral, porém, até o momento, não conseguiu responder aos anseios dos cidadãos januarenses.

Identificar o conhecimento dos trabalhadores e gestores do SUS do município de Januária – MG e, sobretudo, as suas experiências com a humanização foi uma forma de verificar como efetivamente a Política Nacional de Humanização tem influenciado ou não a

(re)organização da atenção e gestão de saúde do local e, também, avaliar a interiorização da PNH e assimilação desta por parte dos diferentes atores que compõe o sistema de saúde.

Para a formação do grupo composto pelos trabalhadores do SUS foi seguida a orientação de Minayo (2000) que afirma que o critério de escolha para uma amostragem na pesquisa qualitativa não é o numérico, sendo necessário privilegiar os atores sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, refletindo a totalidade em suas múltiplas dimensões.

Para compor essa amostra, foram convidados trabalhadores do SUS que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Januária – MG devido à facilidade para acessá-los e agendar as entrevistas. Além destes, foram convidados os gestores municipais de saúde. Esses participantes foram abordados discretamente em seus locais de trabalho e conforme a sua adesão à pesquisa, foram agendadas as entrevistas em horário e local conforme a sua disponibilidade.

Foram entrevistados 14 profissionais de saúde, sendo 05 enfermeiros (identificado pela letra **E** seguido dos números de **1 a 5**); 06 Técnicos em Enfermagem (identificados pela letra **TE** seguido dos números de **1 a 6**); 03 Médicos (identificados pela letra **M** seguido dos números de **1 a 3**). Foram entrevistados também 03 gestores municipais de saúde (identificados pela letra **G** seguido dos números de **1 a 3**).

Durante essa etapa, tivemos a oportunidade de conversar com um Conselheiro Municipal de Saúde que se colocou a disposição para colaborar com a pesquisa. Assim, também agendamos uma entrevista com esse ator que ao longo do trabalho será identificado pelas letras **CMS**.

COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Para Alves-Mazzotti e Gewandszajder (2002) a entrevista é um importante instrumento para o tratamento de temas considerados complexos e que dificilmente poderiam ser adequadamente investigados através de questionários, permitindo uma exploração em profundidade.

No que concerne à entrevista semi-estruturada, Marconi e Lakatos (2007) afirmam que o pesquisador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. Essa flexibilidade na condução da entrevista é importante para captação de informações que fogem do roteiro previamente pensado, mas que

demonstram um forte potencial para uma nova discussão, sem perder de vista o objetivo pretendido pela pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com 28 sujeitos do estudo, a partir de um roteiro semi-estruturado (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas individualmente e após a autorização do(a) participante, foram gravadas na forma de áudio, transcritas na íntegra e, posteriormente, serão apagadas. De acordo com Gill (2002) uma boa transcrição deve ser um registro tão detalhado quanto possível do discurso que será analisado. Ressalta que a transcrição não pode simplesmente sintetizar a fala, nem deve ser “limpada” ou corrigida, mas registradas literalmente, com todas as características possíveis da fala, uma vez que transcrições detalhadas são fundamentais para não se perder as características centrais da fala.

ANÁLISE DOS DADOS

Gomes (2009) afirma que em uma pesquisa qualitativa a finalidade não é contabilizar opiniões e/ou participantes, mas, principalmente, explorar essas opiniões e representações sociais sobre o tema em investigação. Ainda orienta que na análise e interpretação dos dados é necessário caminhar tanto na direção do que é homogêneo quanto no que diferencia dentro de um mesmo meio social, uma vez que num grupo sempre haverá pontos comuns, mas também uma diversidade de opiniões e crenças.

Para o tratamento dos dados gerados através das entrevistas foi realizada a Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011). A autora define o terreno, o funcionamento e o objetivo da AC como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (BARDIN, 2011, p. 44).

A autora ainda destaca que o objetivo da AC é inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio a fim

de responder a dois tipos de problemas: “*o que levou determinado enunciado?*”; “*quais as consequências que determinado enunciado vai provavelmente provocar?*”. Assim, a AC busca encontrar outras realidades por meio das mensagens.

As entrevistas foram analisadas conforme os parâmetros apresentados por Bardin (2011), sendo utilizados “três polos cronológicos” sugeridos pela autora, que serão, a seguir, apresentados sumariamente:

1 – Pré-análise: período de intuições que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais a fim de conduzir um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas. Neste polo cronológico foram realizadas leituras flutuantes das transcrições das entrevistas realizadas e de documentos (*corpus* de análise) que forneciam informações sobre os problemas levantados pelos sujeitos da pesquisa, respeitando as regras da exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e de pertinência. Posteriormente, foram feitas a (re)formulação dos objetivos e hipóteses do estudo.

2 – Exploração do material: consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas. Neste polo, o texto das entrevistas e o material coletado foram organizados em categorias e subcategorias para a análise temática dos dados, conforme as características comuns das unidades de registro.

3 – Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Neste polo, foram realizadas as inferências e interpretação dos resultados, com apoio de estudos relacionados ao tema, para identificar os avanços e desafios da Política Nacional de Humanização tanto a nível nacional quanto na circunscrição do município de Januária – MG.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sob o parecer nº 776.323 (ANEXO A). O projeto foi apreciado pelo CEP da FUNORTE devido à greve da UFSC em 2014 e, conseqüentemente, a paralisação das atividades do CEP/UFSC. Assim, optamos por submeter o projeto ao CEP/FUNORTE para garantir o

cumprimento do cronograma e, sobretudo, cumprir com os padrões éticos da pesquisa.

Todas as pessoas envolvidas neste estudo foram informadas sobre os objetivos, metodologia, riscos, benefícios do estudo e confidencialidade das informações e, após aceitarem participar da pesquisa, foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

CAPÍTULO I – A HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA: HISTÓRIA DE AVANÇOS E ENFRENTAMENTOS

1.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA HUMANIZAÇÃO DO SUS

Embora a temática da humanização como uma política de saúde seja algo relativamente novo, a sua discussão tem despertado grande interesse de trabalhadores de saúde, de gestores, intelectuais, políticos e pesquisadores no sentido de compreender e analisar a humanização dos serviços de saúde, e de desencadear ações concretas neste sentido (PALHETA e COSTA, 2012). Os textos sobre o tema são produzidos a partir dos mais diversos campos e agendas, como programas políticos, conferências e debates, jornadas, declarações internacionais, muitas vezes transformadas em leis ou diretrizes para a ação na área da saúde (GURGEL e MOCHEL, 2007).

Diante dessa pluralidade de vozes, pretende-se aqui contextualizar o surgimento da discussão da humanização nas políticas públicas de saúde no Brasil, tendo como momento de destaque a Reforma Sanitária Brasileira ocorrida em 1988. Essa trajetória histórica se faz importante, uma vez que “nenhuma análise política pode ser competentemente realizada se desassociada do seu contexto historicamente determinado” (GURGEL e MOCHEL, 2007, p. 73).

Lima *et al.* (2005, p. 29) afirmam que

O papel das políticas de saúde na formação das noções de cidadania, na construção dos estados nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre Estado e sociedade tem sido crescentemente reconhecido. No Brasil, pesquisas realizadas desde a década de 1980 apontam para o fato de as políticas, instituições e ideias mobilizadas em torno desse tema serem constitutivas da formação do Estado Nacional, dos processos de extensão da cidadania e da imaginação social.

Deslandes (2005) afirma que, no campo da medicina, o auge da reflexão sobre a humanização do atendimento ocorreu a partir da década de 1970, período em que se observa um exercício crítico e autocrítico a respeito da racionalidade biomédica, da falta de protagonismo dos pacientes, além das possibilidades de iatrogenia da prática clínica. No Brasil, estas reflexões vão ser retomadas de forma mais intensa no final da década de 1980, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário.

Atuando sobre forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Além disso, foi, também, um instrumento de luta pela democratização do país e pela racionalização na organização dos serviços de saúde (SCOREL *et al.*, 2005). De acordo com Rodrigues e Santos (2011), as debilidades do modelo brasileiro de saúde pública foram ficando claras para setores crescentes da população que, no final dos anos 1970, começou a buscar uma solução para os seus principais problemas, como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a ausência de políticas públicas de promoção e prevenção da saúde.

Arretche (2005, p. 291) reitera que desde o final da década de 1970, o movimento sanitário propunha uma reforma abrangente e de orientação redistributiva e “defendia a universalização da cobertura, a extensão dos programas preventivos e de atenção básica à população de baixa renda, o aumento do controle sobre os provedores privados e a descentralização”.

De acordo com Lima *et al.* (2005), é muito frequente nos estudos sobre a gênese e os desafios do SUS, o legado com o qual a implantação do projeto de Reforma Sanitária teve de lidar, como as ações verticalizadas, a centralização no governo federal, importância do setor privado na área de assistência médico-hospitalar e a setorialização. Ainda afirmam que essa herança não pode ser creditada unicamente à ditadura militar, mas também ao expressivo crescimento da medicina privada, promovido pelas políticas de Estado naquele período.

O movimento sanitário foi constituído, principalmente, por médicos e intelectuais, e originado nos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de medicina (SCOREL *et al.*, 2005). Além desses, Guimarães (2005) ainda destaca a ‘virtuosa associação’ dos usuários de saúde, em particular o movimento sindical, dos trabalhadores em saúde, além da representação política parlamentar de todos esses segmentos. Também enfatiza o papel dos intelectuais

acadêmicos, cuja participação no processo político de desenvolvimento da reforma foi contemporâneo e intimamente associado à construção de um campo específico de prática de intervenção, de formação profissional e de pesquisa denominado *Saúde Coletiva*, bastante original em seu desenho e bem-sucedido em sua performance acadêmica, em termos nacionais.

Em 1978, Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, realizada entre os dias 06 e 12 de setembro em Alma-Ata (Cazaquistão). Essa conferência representou um importante marco na saúde mundial ao ampliar o conceito de saúde – “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” –, e enfatizá-la como um direito social – “direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (DECLARAÇÃO ALMA-ATA, 1978).

O conceito de saúde proposto em Alma Ata partia da crítica de que o setor saúde estava estruturado em torno da doença e das ações voltadas para a sua cura, o que condicionava suas ações e serviços a uma visão estreita do processo saúde-doença e a uma prática cuja ênfase era a assistência médica exercida principalmente em unidades hospitalares (RODRIGUES e SANTOS, 2011).

Em 1985, o regime militar chega ao fim e com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário assumem efetivamente posições em postos-chave nas instituições responsáveis pela política de saúde no país. Com expressão desta nova realidade, destaca-se a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (SCOREL *et al.*, 2005).

Esses autores ainda afirmam que foi na 8ª CNS, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Rodrigues e Santos (2011) ressaltam que pela primeira vez na história houve a participação de representantes da sociedade em uma CNS, e que o fato de ter ocorrido no auge do processo de redemocratização do país foi decisivo tanto para amplitude do evento que contou com mais de 4 mil participantes e mil delegados eleitos por todo o país quanto pelo forte tom político de suas decisões.

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada ‘Constituição Cidadã’ foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado

na área da saúde pública (SCOREL *et al.*, 2005). No artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com a promulgação da ‘Constituição Cidadã’, o Sistema Único de Saúde foi instituído e, em 1990 foi criada a lei 8.080 que regula as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e funcionamento do sistema em todo o território nacional.

A lei 8.080 evidenciou a centralidade de uma concepção de saúde ampliada e complexificada proveniente dos debates do movimento de reforma sanitária que vinha sendo difundido pelo país (JUSTO, 2010). Essa lei define como fatores determinantes e condicionantes de saúde, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Para que o Estado cumpra seu dever constitucional na saúde se estabeleceu, então, que é necessária a implementação de políticas sociais e econômicas justas, que distribuam renda e dignifiquem a vida, pois a saúde resulta dos modos de vida, que definem a qualidade de vida, que é tanto melhor quanto maior for a capacidade da sociedade de produzir regras em que prevaleçam o interesse e o bem comum (PASCHE, 2009).

Apesar da ‘concepção alargada’, não restrita aos aspectos puramente biológicos, Justo (2010) afirma que incorporar esse novo conceito de saúde ao cotidiano da gestão e das práticas de saúde não é uma tarefa simples, pois esbarra em noções e práticas reducionistas que marcaram a trajetória da atenção sanitária no país.

Essa afirmação é corroborada por Teixeira e Solla (2005) que apontam que a reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS enfrenta, de fato, uma série de obstáculos, dando destaque a recriação permanente das condições favoráveis à medicalização da saúde, sendo este o ponto de partida para reflexão crítica sobre a crise do sistema.

Em seu livro *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*, Illich (1975) em suas críticas acerca da ‘medicalização da vida’ afirma que o aparelho biomédico, através de sua ‘máscara sanitária’, transforma o cidadão em um produto não humano e a medicina, por sua vez, em

uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar o homem em funcionamento. Diante dessa tecnicidade do cuidado, a negligência passa a ser compreendida como um erro humano ‘aleatório’, a insensibilidade como um ‘desinteresse científico’ e a incompetência se transforma em ‘falta de equipamento especializado’. Assim, “a despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico” (ILLICH, 1975, p. 37).

A lei 8.080/1990 definiu, entre outros, os seguintes princípios: universalidade de acesso, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência em saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa. Sobre esse último, Arretche (2005, p. 291) afirma que “a descentralização não era apenas um mecanismo para aumentar a eficiência da política. Era também, e principalmente, uma estratégia para enfraquecer a influência dos provedores privados sobre o processo decisório da política de saúde”.

A afirmação de Arretche pode ser justificada pelo fato de, ainda hoje, os prestadores hospitalares do nosso sistema nacional de saúde serem predominantemente privados, sendo o Estado proprietário da maior parte das instalações ambulatoriais (UGÁ e MARQUES, 2005). Essas autoras ainda apontam que, em grande medida, a expansão do setor privado foi promovida pelo próprio país na década de 1970, no âmbito da Previdência Social.

Em 1994, o MS criou o Programa de Saúde da Família (PSF) que reorganiza o modelo assistencial e reafirma os princípios do SUS. Gurgel e Mochel (2007, p. 85) cita a criação do PSF como uma “proposta de Humanização do Programa de Saúde da Família”, cujo enfoque tem sido o de uma atenção integral voltada para o indivíduo e a família, surgida a partir da consolidação do discurso sobre a “humanização do parto” e expansão da “forma simbólica” de uma “humanização na saúde” em geral baseada no cuidado.

Brasil (2012b) afirma que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial do usuário e a principal porta de entrada para os demais serviços que compõem a rede de saúde. Assim, “é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012b, p. 09). Apesar dos avanços que essa estratégia proporcionou ao sistema de saúde brasileiro, Teixeira e Solla (2005, p. 465) fazem um importante apontamento:

Um dos resultados indesejados desse processo vem sendo o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, decorrentes da extensão de cobertura da Atenção Básica, sem que ao mesmo tempo se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. Principalmente nos municípios de pequeno porte – que constituem a imensa maioria dos municípios brasileiros –, a implantação da Saúde da Família, ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se fez acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde como é o caso da mortalidade infantil.

Bahia (2005) afirma que apesar de ser consenso entre os estudiosos que o direito universal à saúde representa uma ruptura com as formas pretéritas de organização da política de saúde no Brasil, o SUS ainda é considerado por uma grande parcela dos profissionais de saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um “sistema para os pobres”. Ainda afirma que a solução aparentemente realista e eficaz para acomodar as tensões tem sido encarada pelos otimistas como uma etapa em processo de amadurecimento que evoluirá para a conformação de um sistema único e pelos pessimistas como demonstração cabal da ineficiência do público e imprescindibilidade do mercado. “Ambas as interpretações supõem a impossibilidade de uma universalização, em curto prazo, e, de certo modo, admitem uma complementariedade harmoniosa entre sistemas diferenciados pelo status econômico das demandas” (BAHIA, 2005, p. 410).

Teixeira e Solla (2005, p. 470) ressaltam que

(...) apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas ‘arranha’ a superfície do modelo hegemônico. Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que, no geral, o perfil de ofertas de serviço revela a reprodução, em escala

ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico. E ainda que isso evidencie o atendimento de uma demanda reprimida historicamente pela insuficiência e ineficiência do sistema público, do ponto de vista de cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e de qualidade de atenção, expressando a garantia de um direito conquistado, também evidencia o quão distante ainda se está de um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades, e não contrário, como continua a acontecer.

Diante desse desafio, nas duas últimas décadas, um conjunto de medidas tem sido adotado na perspectiva de promover mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil. Tais medidas passam pela introdução de alterações em diversas esferas do campo da saúde, passando pelo processo formador e de capacitação dos profissionais da área, pelas formas e mecanismos de financiamento e gestão setorial e ainda pela adoção de políticas e programas voltados à revisão da produção do cuidado em saúde na busca da integralidade. E é nesse contexto que ganha destaque a PNH (JUSTO, 2010).

1.2 O SURGIMENTO DA HUMANIZAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA

Hodiernamente, a saúde tem sido tema de debate nos mais diversos setores da população brasileira. A mídia aponta frequentemente ora as mazelas dos serviços, a lotação dos hospitais, o preço dos planos de saúde; ora as inovações tecnológicas, os milagres da Medicina. Em meio a todo esse debate, uma ampla parcela da população queixa-se da “falta de cuidado” com que tem sido tratada nos serviços de saúde (BARROS e GOMES, 2011).

Souza e Moreira (2008, p. 329) afirmam que “no setor da saúde, a humanização resgata ideias muito caras a uma política que entende a saúde como um direito e como cidadania”. Ainda atestam que a ideia ou a necessidade de se humanizar algum aspecto da vida social

não é algo novo no campo das práticas sociais, nem muito menos simples, pois comporta a necessidade de se colocarem em diálogo reflexões conceituais, vivências, crenças/saberes populares e a cidadania, ampliando o campo de debate das políticas públicas.

No Brasil, o caminho da humanização como política pública de saúde, iniciou-se quando, conforme aponta Ghellere (2004) apud Gurgel e Mochel (2007), o então Ministro da Saúde, José Serra, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, encomendou uma pesquisa para mensurar o grau de satisfação dos usuários do SUS e o resultado apontou que as queixas mais frequentes dos usuários se referiam aos maus tratos sofridos no atendimento em hospitais.

Sobre isso, Merhy (2003) assegura que, do ponto de vista do usuário, é possível afirmar que este não reclama da falta de conhecimento tecnológico no atendimento, mas, sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Assim, “os usuários se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” (MERHY, 2003, p. 82).

Percebe-se, portanto, que os avanços tecnocientíficos não foram acompanhados pela humanização dos serviços públicos de saúde e nem tampouco foram suficientes para qualificá-los por completo, uma vez que não são capazes de suplantar as questões éticas e relacionais que permeiam a relação profissional de saúde-usuário, gerando um grande descontentamento.

Alguns consultores da PNH que foram entrevistados descreveram o cenário sanitário que desencadeou o início da discussão da humanização como uma estratégia de reorganização do modelo de saúde vigente no Brasil:

“O tema da humanização tem um apelo social muito grande e pelo diagnóstico que, de fato, não existia um conjunto de proposições no SUS que pautasse a centralidade dos sujeitos nos processos de atenção e de gestão. (...) Ela nasce por uma conjuntura de fatores. É multifatorial assim. Não é uma coisa que se arranja num gabinete” (C1).

“Então, ela (a PNH) é tomada a partir do momento e muito também em função de toda uma percepção de que o SUS apesar de ser um processo em construção, percebia-se a necessidade de qualificar a

assistência, de mudar tanto o modelo de atenção quanto o modelo de gestão” (C2).

“(...) a humanização vem no momento que socialmente eu considero que a gente já tinha uma caminhada no Sistema Único de Saúde e a gente estava se dando conta e começando a produzir todo um saber de como é que a gente não estava conseguindo muito fazer funcionar a lei orgânica do SUS. Porque a forma de atenção, ela não receitava, por exemplo, um conceito de saúde ampliado, como a gente tem um conceito de saúde que o SUS usa e é lindo, um conceito amplo, da integralidade. A somatória das diretrizes não estava dando um resultado que a gente queria. (...) Então ela [a PNH] começa por um movimento assim, a gente percebe que tem muita fila nos hospitais, então começa ter aquele discurso ‘ah, isso é desumano’, ‘gente precisa humanizar o serviço’, ‘não é humano isso que a gente vive’, as violências institucionais. Então é muito pra combater as violências institucionais que ela surge” (C7).

“O cenário era de muita avaliação do SUS. (...) E aí tem algumas análises de que a partir do momento que o SUS torna uma lei institucional, numa conquista, numa política pública... esse movimento da Reforma [Reforma Sanitária] que era um movimento instituinte muito forte, ele acaba perdendo... vai perdendo a força que é uma coisa até natural, entre aspas, dos movimentos. A partir do momento que ele se transforma em instituído, né, ele perde um pouco essa força de mudança, de instituinte” (C10).

Sobre essa perda do caráter instituinte dado ao SUS mencionado por **C10**, Benevides e Passos (2005a) afirmam que o fato de o SUS ter se constituído como texto legal e alcançado a dimensão “de direito”, não pode esgotar o que na experiência concreta se dá como movimento constituinte e contínuo de reinvenção do SUS. É necessário o trabalho constante de produção de outros modos de vida e de outros modos de produção de saúde e este trabalho somente é possível quando nos organizamos coletivamente em movimentos de resistência ao já dado, como assistimos outrora no processo constituinte do SUS.

Para enfrentar esses problemas destacados pelos consultores entrevistados e demais autores, foi formado um Comitê Técnico que tinha como a incumbência criar uma proposta de trabalho para a humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. De acordo com Brasil (2001), esse comitê, formado por profissionais da área de saúde mental, apresentou em maio de 2000 a proposta de um *Programa*

Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil.

“Antes [da PNH] já existia o PNHAH, esse programa vem trabalhando com várias iniciativas de remodelação do espaço hospitalar, discussão sobre ambiência, discussão sobre as práticas clínicas e de gestão que acontecem dentro do hospital” (C3). “Como programa, ele ainda ficava restrito e, de certa forma, reproduzindo a fragmentação que a gente sabe que a saúde tem aí, né!” (C9).

Na apresentação do documento lançado pelo MS com as propostas e ações do PNHAH em 2001, José Serra revela que “os resultados de pesquisas de avaliação [dos serviços de saúde] demonstraram que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro” e que, “a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos” (BRASIL, 2001, p. 05).

Diante dessa tela, os principais objetivos do PNHAH foram melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania; desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado e modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições (BRASIL, 2001).

Benevides e Passos (2005a) apontam que o caráter fragmentado dos programas de humanização devido não só a sua baixa horizontalidade, mas também a forma vertical como se organizavam no MS e no SUS, e a própria banalização do tema demandaram a necessidade de uma redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização da saúde. E foi diante desse quadro que a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde propôs a criação da PNH.

Vale destacar que entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, outras ações e programas também foram propostos pelo MS voltados para o que ia se definindo como ‘campo da humanização’,

dentre eles: *Carta ao Usuário* (1999), *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH* (1999); *Programa de Acreditação Hospitalar* (2001); *Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar* (2000); *Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde* (1999); *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento* (2000); *Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru* (2000).

Ainda que a palavra ‘humanização’ não apareça em todos esses programas e que haja diferentes intenções e focos, podemos acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário. Essas iniciativas encontravam um cenário ambíguo, em que a humanização era reivindicada por usuários e alguns profissionais, mas não contava com o apoio integral de grande parte dos gestores (BENEVIDES e PASSOS, 2005b). Aqui vale destacar que esse cenário ambíguo ainda se faz sentir atualmente. Ao longo do tempo houve conquistas preciosas, contudo, ainda não suficiente para reverter uma lógica de gestão centralizadora e a cultura biomédica das instituições de saúde.

Um acontecimento que também merece destaque é a 11^a Conferência Nacional de Saúde realizada entre 15 e 19 de dezembro de 2000 que tinha como temática ‘*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*’. Justo (2010) afirma que as discussões que surgiram dessa conferência, ainda que timidamente, lançaram luz à importante discussão acerca da humanização no cuidado.

Foi em 2003, com a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva (doravante Lula) que a discussão da humanização como política pública se iniciou. Como menciona **C6** “(...) *Em 2003 com a vinda, com a mudança, com a entrada do PT e todo um contexto político, com a vinda do Gastão Wagner para Secretaria Executiva aqui dentro do Ministério (da Saúde), tem um momento propício pra desenhar e implementar a PNH*”. **C1** também destaca esse momento político:

Ele [referindo-se a Lula] chama, monta uma estrutura de governo diferente que vinham montando até então e nessa leva vem alguns pensadores que se alinham com a ideia do PT e nesse alinhamento com a proposta do PT vem então o ministro da saúde Humberto Costa, e o Gastão Campos entra na Secretaria Executiva e aí vai tendo desdobramentos políticos e uma ideia de transformar o Ministério [da Saúde] em algo que

desse a ideia de colegiado gestor que não fossem decisões tomadas por uma ou outra pessoa e sim tomadas coletivamente.

Sobre isso, **C3** menciona que “(...) a PNH surge pra fortalecer o próprio SUS, pra questionar tanto os modelos de gestão pra dentro da máquina estatal, poder interferir através das ofertas de apoio institucional e também transformar as realidades de clínica e gestão nos próprios territórios”.

Assim, ainda em 2003, **C4** menciona que a Regina Benevides é convidada pelo Gastão Campos para integrar o MS. “Eles pensam a Política Nacional de Humanização enquanto um salto do PNHAH pra uma política de humanização que amplia a atenção, o campo da humanização, não só pro campo da atenção hospitalar, mas pra toda a Rede SUS” (**C4**).

De fato, Benevides e Passos (2005a) afirmam que no início de 2003 enfrentaram um debate no MS defendendo a priorização da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. Para isso, fora necessário enfrentar a tarefa de redefinição do conceito de humanização, bem como dos modos de construção de uma política pública e transversal de humanização na/da saúde.

C10 destaca a importância de Gastão Wagner de Sousa Campos (doravante Campos) na elaboração da PNH: “(...) O Gastão é uma das referências da PNH, referência-guia, vamos dizer assim, todas as diretrizes, toda essa discussão da cogestão, do método da roda, tudo isso vem do Gastão, que a PNH toma e procura reelaborar e ressignificar trazendo aí pra política”. **C6** também fez uma referência a Campos “é um dos inspiradores da política”.

Campos (2000) critica a gerência de moldes tayloristas que naturaliza a dominação e cria um abismo entre dirigentes e executores. A democratização institucional e o fortalecimento de sujeitos e coletivos seriam considerado um “Método anti-taylor” que inicialmente foi chamado por Campos de “Método Paidéia” (palavra de origem grega que traz a ideia de formação integral do ser humano), contudo, de acordo com o autor, a palavra “não colou muito bem”, sendo posteriormente denominado “Método da Roda” inspirado na roda que os pedagogos construtivistas iniciam o dia de trabalho na escola e também na roda de samba, de candomblé e da ciranda em que cada um entra com sua disposição e habilidade sem desrespeitar o ritmo do coletivo.

O Método da Roda é uma tecnologia muito utilizada na PNH, uma vez que, conforme aponta Campos (2000), a roda é um espaço

democrático, um modo para operacionalizar a cogestão através da construção de espaços coletivos. “(...) mais do que anti-taylorista, o Método da Roda pensa novos modos para analisar e operar Coletivos Organizados para a Produção. Reconstruir os arranjos estruturais, as linhas de produção de subjetividade e os métodos de gestão” (CAMPOS, 2000, p. 43).

Campos e a sua equipe formulam o documento-base da PNH e trazem uma discussão filosófica, ética e política do humano concreto com o objetivo de “*buscar alternativas mais humanas, mais humanizadoras, mais humanizantes das relações e dos processos... das relações no trabalho que vai desembocar então nessas práticas do SUS*”, como afirma a consultora entrevistada, **C10**.

O documento-base para gestores e trabalhadores do SUS aponta que a PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui 03 princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde, a saber:

1- *Transversalidade*: que compreende o grau de comunicação intra e intergrupos, e a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

2- *Indissociabilidade entre atenção e gestão*: compreende a alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

3- *Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos*: enfatiza que trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais, e que as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e cuidar.

Sobre esses princípios, Benevides e Passos (2005b, p. 392) apontam que a humanização enquanto política pública de saúde se

constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade e que essas direções indicam o ‘como fazer’ da política e se caracterizam como ‘tecnologias relacionais’. Observam ainda que “é a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas”.

Como diretrizes, a PNH oferta a clínica ampliada; a cogestão – contrapondo-se ao modelo de gestão hegemônico; o acolhimento; a valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupidades, coletivos e redes; e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2012a).

Essas diretrizes se atualizam através de dispositivos que são postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, sendo os principais: o Colegiado Gestor; o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Câmara Técnica de Humanização e Coletivos Ampliados; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, como ouvidorias, grupos focais, dentre outros; Visita Aberta e Direito à Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST); Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Acolhimento com Classificação de Risco; Projeto Terapêutico Singular, dentre outros (BRASIL, 2012a).

Como política pública, a humanização reafirma princípios outrora apresentados na Lei Orgânica de Saúde, a lei 8080. Tal fato é confirmado por C3 que menciona que *“se você pegar o documento-base da política, pelo modo como ele foi escrito e o que ele está se propondo a fazer, que seria a nossa carta de apresentação pra sociedade civil, a PNH quer efetivar, de fato, os princípios e diretrizes do SUS”*.

Santos-Filho (2007) corrobora com essa perspectiva ao afirmar que a proposta da PNH coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Tal fato é reiterado por Gurgel e Mochel (2007) que asseguram que as causas políticas que aceleraram a elaboração da PNH estão associadas ao processo de discussão por direitos na assistência à saúde e à luta pela garantia dos direitos sociais em geral, através do processo que levou à Constituição Federal de 1988 e que dela decorre.

Se há uma consonância entre os princípios do SUS e da PNH, o que leva a acreditar que uma ratificação de princípios pode construir

um SUS humanizado? Mais ainda, como uma política, apesar dos seus dispositivos, pode incutir em gestores e trabalhadores dos serviços públicos de saúde uma perspectiva de humanização de gestão e atenção visando a um “SUS que dá certo”? A essas indagações, acrescenta-se a que foi feita por Benevides e Passos (2005b, p. 392):

(...) qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde?

De acordo com **C2** “(...) *Quando se sistematiza essa política [a PNH], vamos dizer assim, ela parte de experiências do SUS que já vem dando certo, né. (...) Ela não nasce do nada, vamos dizer assim, ela nasce a partir de experiências que são vivenciadas*”. **C7** menciona que:

(...) *tem vários lugares que a Política de Humanização já conseguiu estar próxima da equipe, dos estados, pra discutir plano de carreira, pra pensar na organização da instituição respeitando os direitos dos trabalhadores. Isso é fazer o SUS funcionar! (...) Eu acho que isso é uma conquista! Tem PNH no hospital, tem PNH na Unidade Básica, então tem política aí espalhada por muita coisa que, sim, a gente consegue reafirmar [refere-se à reafirmação dos princípios do SUS através da PNH].*

Essas experiências falam da factibilidade da PNH, porém a realidade do sistema de saúde brasileiro revela a limitação de sua extensividade. Óbvio que não podemos negar as experiências do ‘SUS que dá certo’, contudo o que se espera é que essas experiências sejam, na verdade, uma realidade social que faça valer a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme se apresenta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Justo (2010) ressalta que as iniciativas de reorientação das práticas em saúde na busca por uma atenção integral, mais horizontal e que contemple a complexidade das dimensões biológicas, sociais e subjetivas no cuidado em saúde, de fato, não são simples de serem operadas. Além disso, afirma que alguns dos primeiros desafios que podem ser apontados para operacionalização das propostas de um cuidado humanizado se referem à banalização e fragilidade do tema da

humanização e à fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização.

Sobre a ‘fragmentação das práticas de humanização’ citada por Justo, Brasil (2012c, p. 04) afirma que “a PNH não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo”. Assim, com a intenção de disseminar os diferentes dispositivos que operam o *HumanizaSUS* e o tornam uma experiência concreta, surgem as cartilhas e cadernos do *HumanizaSUS*. Elaboramos um quadro (Quadro 1) para apresentar essas diferentes cartilhas e cadernos que foram lançados a partir de 2004 cujo intuito é “disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo de saúde” (BRASIL, 2012c, p. 04).

Quadro 1 - Documentos oficiais lançados pelo Núcleo Técnico da PNH

Ano de Publicação	Documento
2004	Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde
2004	Acolhimento nas práticas de produção de saúde
2004	Grupo de Trabalho de Humanização
2004	Gestão e formação nos processos de trabalho
2004	Visita aberta e direito a acompanhante
2006	Ambiência
2009	Gestão participativa e cogestão
2009	Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência
2009	Clínica ampliada e compartilhada
2009	Gestão participativa e cogestão
2009	O HumanizaSUS na Atenção Básica
2009	Redes de produção de saúde
2009	Trabalho e redes de saúde
2010	Cadernos HumanizaSUS, volume 1 – Formação e Intervenção
2010	Cadernos HumanizaSUS, volume 2 – Atenção Básica
2011	Cadernos HumanizaSUS, volume 3 – Atenção Hospitalar
2011	Saúde e Trabalho
2014	Cadernos HumanizaSUS, volume 4 – Humanização do parto e do nascimento
s/d	Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Atenção Básica e Hospitalar

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem uma só realidade e não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação, sendo portanto necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamentos e nas diferentes esferas do sistema (BENEVIDES e PASSOS, 2005b).

Sobre isso, **C3** aponta que a PNH também foi pensada para mudar as formas de gestão dentro do próprio MS:

(...) a PNH chega ali dentro [do Ministério da Saúde] para também pensar os espaços de cogestão, pra poder pensar a coletivização das formas de fazer política pública dentro da própria Secretaria de Atenção à Saúde, dentro do próprio Ministério [da Saúde], porque inicialmente a PNH chega e fica dentro da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, que é uma secretaria de gestão de todo o Ministério da Saúde e ela chega muito por lei dura, por uma demanda, né, de dentro do próprio Ministério da Saúde de que era preciso reverter algumas práticas de gestão que estavam muito centradas dentro do próprio gabinete, de onde se tomavam as decisões. E áreas de gabinete elas sempre reproduzem o funcionamento de áreas técnicas, que é onde você define como se dará o modelo de atenção e aí você começa a repassar esse seu modelo para estados e municípios, né! De alguma forma o Ministério [da Saúde] pensou que isso precisava ser melhor capilarizado, mais descentralizado, fortalecendo a autonomia dos próprios estados e municípios, trabalhar de forma mais cogerida, trabalhar utilizando melhor, de fato, os mecanismos de cogestão já instituídos pelo SUS.

Santos-Filho *et al.* (2009) chamam a atenção que os serviços de saúde não devem pautar-se em uma idealização de um modo harmônico de trabalho, que se efetiva a partir de perspectivas abstratas, descoladas do que se vive efetivamente no dia-a-dia dos serviços, mas, sim, de pôr em análise o próprio trabalho, fazendo isso nos espaços coletivos com a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários. Trata-se, portanto, de tomar o plano de produção dos serviços e sujeitos como um plano estratégico, uma vez que o processo de trabalho é também um processo de constituição de sujeitos.

Percebe-se, portanto, que o que se produz neste processo são, a um só tempo, a saúde e os sujeitos aí implicados. A humanização do SUS como processo de subjetivação se efetiva através da alteração dos

modelos de atenção e de gestão em saúde, ou seja, através de ‘novos sujeitos’ implicados em ‘novas práticas de saúde’. Assim, “pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas” (BENEVIDES e PASSOS, 2005a, p 570).

1.3 HUMANIZAÇÃO COMO UM PROBLEMA CONCEITUAL: MOVIMENTO DE MUDANÇA DE MODELOS x CONCEPÇÃO ROMÂNTICA

De acordo com Benevides e Passos (2005b), para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder aos justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico. Os autores apontam que, do ponto de vista conceitual, a concentração temática aponta certo ‘modismo’ que padroniza as ações e repete formas de funcionar de maneira sintomática, a isso denominam ‘conceito-sintoma’. Assim, no lugar de propor mudanças das práticas de saúde, essa noção paralisa e reproduz sentidos estabilizados, sendo necessário, portanto, forçar os limites do conceito resistindo ao seu sentido instituído.

Essa concepção muito aberta do que é humanização permite que coexistam nos serviços de saúde uma diversidade de conceitos que nem sempre vão ao encontro da humanização pretendida pela PNH. Como menciona **C4** “*esse conceito de humanização ele é muito polissêmico (...) naturalmente polissêmico*”.

Gurgel e Mochel (2007, p.72) afirmam que “o significado de ‘humanização’, tanto a nível conceitual quanto de formulação de políticas públicas, não é homogêneo, mas pautado por disputas e negociações”. De fato, Deslandes e Mitre (2009) apontam que o conceito de humanização conta com um acúmulo de representações no campo de saúde. Primeiramente, foi entendido, por muitos atores envolvidos no processo de saúde, como uma possível acusação unilateral e culpabilizante de maus-tratos ao usuário; a seguir, o conceito ultrapassou a noção de *caritas* e, hoje, é possível dizer que já enfrenta certo processo de banalização dos desafios que ele anuncia.

Deslandes (2004, p. 08) afirma que questionamentos como “o que designa humanizar?”, “subentende-se que a prática em saúde era

(des)humanizada ou não era feita por e para humanos?” revelam o grau de estranhamento que este conceito ainda provoca em tempos hodiernos. Nesse âmbito, Heckert *et al.* (2009) alerta que a PNH não pretende ter o monopólio e a exclusividade de imprimir o sentido verdadeiro à humanização, mas, apenas, construir mais um sentido, visando ao redimensionamento de um modo naturalizado de concepção do humano, além de abrir novas possibilidades para o debate sobre essa questão.

Sobre a ideia da humanização como uma estratégia de humanizar o homem ou enquadrá-lo em um determinado padrão, C2 elucida que “(...) *na Política Nacional de Humanização a gente fala da humanização dos processos, das práticas da atenção e da gestão em saúde. Então quando a gente fala da humanização, a gente não fala da humanização das pessoas, a gente fala da humanização de práticas*”.

De acordo com Santos Filho *et al.* (2009), a PNH procura resistir ao que se concebe como ‘homem ideal’, uma vez que a humanização não é um processo que visa a aproximar os diferentes sujeitos de um determinado modelo padrão. A humanização está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS e produzem o cotidiano dos serviços de saúde. É no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói. C8 também se expressa nesse sentido

(...) então humanizar não é você achar que existem pessoas mais ou menos humanas, mas que existem práticas desumanas. (...) o humano que a PNH propõe não é um homem ideal, mas incluir toda diversidade, toda diferença, toda singularidade que compõe o humano, né! Então o humano aí é um humano necessariamente diferente um do outro, a questão da alteridade, a questão da singularidade, a questão dos diferentes modos de vida, das diferentes estruturas, então é o humano que não é um humano essencial, transcendental, mas é um humano da diferença, né!

Essa perspectiva também é percebida por C1, o qual considera que “(...) *a gente sofre até hoje com essa questão. Para nós a política não veio para humanizar o homem. A gente entende que o homem já está humanizado há muito tempo. A política não vem com esse intuito*”.

Excluindo-se, portanto, a possibilidade de uma política objetivar humanizar o homem, que de pronto já é humano, buscamos construir um alinhamento conceitual de humanização, tomando como referência o que os consultores da PNH expuseram sobre humanização ao responderem o que consiste humanizar a atenção e gestão dos

serviços de saúde. Dar significado ao termo ‘humanização’ a partir da fala dos consultores é uma forma de analisar em que medida as suas falas estão conectadas, uma vez que existem dezenas de consultores distribuídos nas diferentes regiões do Brasil, as quais apresentam cenários sanitários singulares e compreensões distintas acerca da humanização.

Embora, à primeira vista, possa parecer uma pergunta simplista ou talvez óbvia demais para ser discutida com um consultor que apoia a PNH, essa questão comporta uma certa complexidade, uma vez que as diferentes compreensões de humanização disputam sentido com a humanização pretendida por essa política. Isso pode ser observado através da fala de **C3**:

Na verdade, essa é uma pergunta bastante difícil, se ela está se espalhando em diversos lugares por onde você anda, você pode ver que não é pergunta tão fácil da gente conseguir responder. Se fosse, a gente não teria depois de 10 anos da política de humanização ainda pessoas fazendo essa pergunta. Que é uma pergunta que tá aí, feita não só especificamente para quem trabalha com a PNH, mas uma pergunta que inquieta todo mundo que trabalha com o SUS e se depara em algum momento com a humanização.

De acordo com **C5** “o nome Política de Humanização é um nome infeliz porque muita gente acha que humanização é respeitar, dar bom dia, boa tarde, boa noite, pintar o serviço de rosa pra tá bonito e tal”. **C6** reitera ao declarar que “(...) se a gente pensar o próprio nome, o termo, o conceito humanização então assim... ele não é suficiente pra demonstrar tudo isso, toda essa complexidade que a gente propõe”. **C4** menciona que a PNH ainda não conseguiu reverter a lógica da discussão da humanização nos serviços de saúde e reconhece que “(...) não conseguimos fazer essa disputa de sentido. A humanização ainda é vista pela grande maioria como um conceito ainda muito superficial e restrito as boas práticas do humano, entendeu?”.

Apesar desse embate conceitual, **C7** afirma que é necessário investir mais para alterar o sentido que habitualmente é dado a humanização, desvinculando o termo da ideia de solidariedade e cordialidade: “várias vezes a gente conversa, ‘ah, tem que trocar esse nome’, mas não é isso! Tem que investir mais ainda, eu acho”.

Mori e Oliveira (2009) afirmam que para os formuladores da PNH, a humanização não se restringe a ‘ações humanitárias’ e não é

realizada por seres humanos imbuídos de uma ‘bondade supra-humana’ na feitura de serviços ideais. A PNH, portanto, assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, avalia o que se deve recusar e o que é importante conservar para reconstruir um novo conceito desvinculado da ideia de voluntarismo, assistencialismo e paternalismo.

Sobre isso **C10** afirma que “(...) a política ela vem tentar desmitificar e desconstruir essa abordagem da humanização que a gente... eu chamo de romântica que, na verdade, tem uma certa ingenuidade, uma certa... a gente vê isso demais”. Percebe-se que desvincular esse caráter ‘romântico’ da humanização ainda é um desafio para iniciar uma efetiva discussão sobre o tema nos moldes da PNH. Vale ressaltar que, embora importante, a incorporação de atitudes ‘românticas’ de humanização nos serviços de saúde, por si só, não dá conta de alterar os modelos de atenção e gestão. Diante disso, **C1** menciona que

Olha, tu deve saber que a gente completou 10 anos e, embora a gente completou 10 anos, a cada roda que a gente faz, em cada espaço que a gente entra, a gente tem que demarcar um pouco o nosso alinhamento conceitual metodológico porque isso é por diversas vezes questionado e posto em questão. Então, de certa forma, a gente tem que chegar nos espaços e dizer da onde falamos.

Esse desafio conceitual pontuado pelos consultores pôde ser percebido nas falas dos trabalhadores do SUS que foram entrevistados na cidade de Januária – MG. O entendimento sobre humanização desses participantes está muito atrelado à ideia do acolhimento e a práticas de cunho cristão como ‘colocar-se no lugar do outro’. De acordo com Ceccim e Capozzollo (2004) o acolhimento na dimensão do exercício da clínica está relacionado à complexidade do encontro com o outro, mas também pode ser recuperado na dimensão da gestão, referindo-se aos dispositivos adotados na organização do trabalho. Ainda assim, percebemos que nenhum dos entrevistados ampliou o conceito de humanização, nem mesmo o de acolhimento, para as práticas de gestão, restringindo-se apenas às práticas de cuidado e às relações entre trabalhador de saúde e usuário, como pode ser observado a seguir:

“(...) humanização eu entendo que tentar ver a pessoa, entender a pessoa como um todo e atender ela da forma mais tranquila, paciente,

carinhosa, buscando vincular também, né, buscando vínculo com a pessoa e isso é muito importante aqui no PSF” (M1).

“Na verdade é a forma como que a gente vai acolher, né, os usuários, é a forma como a gente vai lidar com o usuário, é a forma do convívio, mesmo, no dia a dia. (...) Ouvir o que incomoda ele, além do que a gente considera como sintoma, né, o que incomoda ele. E dando abertura pra ele, o usuário, a gente consegue estreitar mais esse laço e fazer uma relação mais humana” (M2).

“É você olhar pro outro como se você tivesse no lugar dele, né! (...) A gente tem que tratar o paciente bem pra acabar como se fosse como a gente quisesse ser tratado, né” (TE2).

“Humanização é você atender o outro de forma a atender os seus direitos, como o usuário tem direito a saúde e também me colocar no lugar do outro. Qualidade, né, atenção, carinho” (TE3).

“Então acho que humanização é você acolher aquela pessoa como se fosse você mesmo. Então você se colocar no lugar do outro, né (...)” (E1).

“Eu entendo por humanização transformar o serviço assim... mais humano, tratar as pessoas como pessoas mesmo e não como doença, número. Tratar a pessoa como um todo, em todos os aspectos: psicológico, físico. Eu entendo por humanização isso!” (E2).

“Acolhimento é a palavra mais ligada à humanização da assistência, ouvir o paciente. Além de escutar, né, tentar resolver o problema do paciente, diminuir angústia, né, dificuldades da população adscrita” (E4).

Os gestores da área da saúde que foram entrevistados também expressaram a sua concepção acerca da humanização dos serviços de saúde:

“Basicamente é isso, eu conseguir fazer a minha oferta de serviço acontecer sem que gere unicamente os números. Eu conseguir identificar que meu cliente, ele precisa de um pouco mais do que aquilo que o Ministério[da Saúde] taxe como meta. Eu tenho que entender saúde de uma forma mais ampla, ver o cliente de uma forma mais holística, oferecer aquilo que ele precisa de acordo com as suas diferenças” (G1).

“Pelo que eu entendo de humanização não é voltado simplesmente pras pessoas que atende, mas da pessoa que tá ali fazendo a limpeza até o médico, todo mundo tem que fazer parte desse processo pra entender que ali não é um paciente e, sim, um cliente que ele pagou, porque o SUS paga! E ele deve ser bem atendido, ele deve ser bem acolhido. Isso infelizmente a gente não tem” (G2).

“Na verdade quando você fala humanização, o nome já diz muito! Já fala por si só. [...] Acredito que essa humanização engloba outra palavra que eu gosto muito e que eu acho que tá muito ligado que é o acolhimento, né! (...) Então outra questão é como eu já falei, de acolher, de olhar nos olhos, a questão de tocar é muito importante, né. A questão de olhar e tocar a pessoa, sentir o que ela tá sentindo naquela hora” (G3).

A partir dessas falas é possível perceber a dificuldade de compreender a humanização enquanto política pública e a disputa de sentido que envolve esse termo. Sobre essa disputa, **C10** menciona que

Esse sentido dado à humanização é muito diferente, às vezes, até tem um disputa em torno desse sentido... uma disputa conceitual, porque, na verdade, a Política de Humanização ela vem trazer uma discussão sobre esse sentido da humanização da atenção e da gestão e quando você fala humanizar a atenção e gestão você já está apontando um princípio que, na minha visão, já é, ele é fundador da PNH, a indissociabilidade entre a atenção e gestão. Não tem como fazer mexer nos modos de atenção sem mexer nos modos de gestão, de processo de trabalho, de gerir o dia-a-dia, o cotidiano daquele serviço.

Ao analisar o termo como um desafio, **C9** exemplifica essa disputa da seguinte maneira:

“Então, eu vejo como um desafio, mesmo. Uma disputa no sentido que a gente dialoga com um modelo hegemônico, médico centrado, hospitalocêntrico, uma gestão verticalizada, muito fragmentada. Então a gente lida com essa lógica o tempo todo, tentando criar estratégias e dispositivos pra ir desmontando e reconstruindo com uma base mais inclusiva, de mais participação, diálogo, negociação”.

De acordo com **C1** o conceito de humanização da política significa *“alterar modos de gestão e práticas de saúde, esse é o conceito de humanização da política. Os outros não têm conexão com*

conceito que a política se refere”. **C5** endossa o que fora dito ao mencionar que

(...) O que gente vê de humanização em muitos lugares não tem relação direta mesmo com essa mudança no processo de trabalho. E porque que a gente problematiza isso? Porque assim, não adianta... Ok, vamos pintar a parede de rosa, mas às vezes é um serviço que tem uma gestão verticalizada, que os usuários não têm voz, os trabalhadores também não, que não tem respeito aos direitos dos usuários do SUS, que não trabalha em rede, então como que eu vou falar que isso é humanização. Porque eu pintei a parede de rosa?

Para **C9** “(...) a humanização consiste, primeiramente, numa questão de inclusão e de ampliação dos olhares sobre o processo de trabalho, sobre a posição da saúde”. **C5** também trás a tona a inclusão como forma de humanizar os serviços de saúde:

(...) O que é essa inclusão? É a inclusão de gestor, trabalhador e usuário em todos processos de saúde e a partir desse método a gente indica várias diretrizes para que os serviços de saúde, os estados, municípios, secretarias, os trabalhadores possam se incluir no processo de melhoria, de mudança do SUS e da saúde.

A PNH caminha no sentido da inclusão dos diferentes atores implicados no processo de produção de saúde, de acordo com o documento base esse método é conhecido como ‘método da tríplice inclusão’ que envolve (1) a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) incentivando a produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade através das rodas; (2) a inclusão dos analisadores sociais através da análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises e (3) inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal através do fomento das redes (BRASIL, 2012a, p. 24).

O método da tríplice inclusão fomenta a autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos envolvidos nas ações de saúde, propiciando a construção e a troca de saberes nos espaços institucionais e, por conseguinte, favorecendo uma maior democratização dos processos de gestão e atenção. De acordo com **C4**

Não vai haver um processo de humanização enquanto as instituições não forem mais permeáveis às diferenças, não sejam mais permeáveis às outras culturas, não sejam mais permeáveis a um trabalho mais transdisciplinar, não sejam mais permeáveis a uma gestão mais horizontalizada, mais transversal, na verdade, mais do que ser horizontalizada é ser transversal no sentido de produzir lateralidade, espaço de encontro, de trocas, de misturas, de linhas de mando, de poder, desse poder ser trabalhado mais lateralmente. Então isso consiste na humanização da atenção e gestão do SUS (C4).

Para C5 não existe ‘uma receita de bolo específica’ para operacionalizar a PNH nos territórios e isso fala da complexidade que essa política enfrenta ao adentrar os espaços, uma vez que eles são singulares e, assim sendo, não há como os consultores intervirem de uma forma homogênea, uma vez que existem forças e fluxos específicos. É nessa complexidade que se encontra a beleza, o desafio e também a subjetividade da política. Sobre isso C3 expõe que

Então humanizar nesse sentido significa considerar a produção social da saúde e doença naquele território de acordo com as condições que ele apresenta, os modos de vida que expressam ali, as relações de poder que se expressam ali, as condições de gestão pública que se dão ali e humanizar seria interferir nesse circuito, sabe, pra que a gente consiga coletivizar as práticas públicas, coletivizar as práticas de gestão, fazer ações de apoio que consigam reverter os modos de fazer gestão, que consigam questionar as práticas ou as relações de poder nas ações clínicas que estão sendo desempenhadas, ou seja, a gente tem que pensar uma forma de interferir nessa realidade pra que a gente de alguma forma consiga... pra que as questões que se apresentem naquele território sejam coletivas, quanto mais coletivas elas forem, mais comum vai ser esse território e a percepção de como as coisas acontecem ali dentro.

1.4 OS PROBLEMAS ENFRENTADOS PELOS APOIADORES NA CAPILARIZAÇÃO DA PNH

Como apresentamos anteriormente, a PNH já enfrenta um desafio de ordem conceitual que, somente ele, já demanda um grande esforço, porém, como qualquer política, acreditávamos que a PNH também enfrentasse problemas para capilarizar os seus princípios e implementar os seus dispositivos. Para confirmarmos essa hipótese,

perguntamos aos consultores entrevistados quais os principais problemas para a capilarização da PNH nos territórios. Elencaremos a seguir, os desafios destacados e enfrentados por esses consultores em suas atividades de apoio.

1.4.1 As forças e fraquezas da não institucionalização da PNH

Benevides e Passos (2005a) afirmam que quando chegaram ao MS se depararam com a máquina do Estado com seu intrincado poder expresso em programas, projetos, burocracias, instâncias e esferas de governo político. Perceberam que essa complexidade do Estado tende a nos capturar e interiorizar as linhas de capilarização do poder. Contudo, apontam que a experiência no MS também indicava que estas linhas não se dobravam apenas para dentro, existia algo que resistia a esta interiorização, algo que insistia em sua exterioridade fazendo com que a máquina do Estado se abrisse para o que é o seu fora. Benevides e Passos chamam este fora de “plano coletivo”. A PNH, portanto, se propôs a operar neste limite entre a máquina do Estado e o plano coletivo, uma vez que na série governo-Estado-políticas públicas é o que se produz no plano do coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado.

Assim, em 2003, o MS lançou a PNH sem nenhuma portaria, sendo considerada uma política transversal e inclusiva que objetiva fortalecer o SUS e a sua entrada na rede SUS se dá através de adesão (MORI e OLIVEIRA, 2013). Portanto, a PNH não é uma política que é imposta para estados e municípios através de uma portaria, já que seria, mais uma vez, reproduzir a lógica hegemônica de verticalização dos processos decisórios a nível central.

De acordo com **C1** a não institucionalização da PNH através de uma portaria foi algo pensado estrategicamente e, em sua avaliação, é o que garante a existência da PNH até hoje. Sobre isso **C10** menciona que:

(...) a proposta foi não criar uma portaria por entender que a política não tinha sentido ser imposta como uma portaria, igual como, às vezes, se negocia um apoio, por exemplo, em uma Maternidade em função dela cumprir alguns indicadores. A política não trabalha assim. Ela

propõe, abre essa discussão, cria coletivos, discute diretrizes, dispositivos, intervenções, mas, por adesão, não por imposição. É marca da política, né!

Diferentemente de outras políticas que são criadas em gabinetes e empurradas ‘goela abaixo’ independente das demandas e heterogeneidades territoriais, a PNH pretende ser uma política instituinte e construída a partir de e com os coletivos. Desvencilhando-se dessa concepção autoritária de implementação de política, a PNH se apresenta nos territórios mediante encomenda de seu apoio, ou seja, estados e municípios se interessam pela aposta da PNH e pactuam o apoio junto ao Ministério da Saúde. **C2** fala sobre a ‘delicadeza’ desse processo: *“Eu percebo que é diferente quando eu peço apoio e quando eu chego pra apoiar. (...) É como se fosse assim, eu chegar na casa do outro, mexer nas coisas do outro sem que o outro tenha pedido pra mexer. Então eu vejo que tem uma diferença, tem uma delicadeza nisso aí”*. **C5** também discute essa questão:

Veja, se a gente aposta nas pessoas como é que a gente vai lá sem ser chamado. Como que a gente vai apostar nas pessoas, se ninguém lá quis, vai parecer que é uma intervenção vertical do MS. Tipo ‘vimos os indicadores de vocês e gente vai intervir aqui, beleza! Venham para a nossa reunião’. A PNH não funciona assim, porque a gente precisa incluir as visões daquele território. Por que aquele território não tem apoiador da PNH? É porque a gestor não quer, é porque os trabalhadores que não querem ou eles querem, mas tem uma dificuldade de contato com um consultor na PNH, sabe?

O fato da PNH não ser instituída por uma lei dura foi algo mencionado por muitos consultores, porém, mais para deslocar a ideia de que esse fato possa ser considerado um empecilho para a PNH. Longe disso, a maioria dos consultores entrevistados ressaltou que a ausência de uma portaria é fulcral para o fortalecimento do caráter instituinte da política. Algumas falas estão destacadas abaixo:

“Isso é uma estratégia. Trabalha muito com a ideia de que quando a gente entra em uma instituição a gente é capturado por ela. Ela nos institucionaliza, nos disciplina. (...) É a biopolítica dos espaços, dos corpos, dos modos de gestão e de governar daquele espaço. Inevitavelmente

tu começa a ser capturado por ela, por essa máquina disciplinar institucional. Então, não operar com essas mesmas ferramentas e linguagens dessa máquina, é tentar escapar dela, ela tenta te capturar e tu dá um passo pra frente. E é nessa lógica que a PNH inaugura uma forma de fazer apoio que é descentralizado, ou seja, os apoiadores não estão só no núcleo técnico do Ministério” (C1).

“Uma institucionalidade que se dá por uma portaria, ela asseguraria apenas um lugar dentro do Ministério da Saúde, dizendo ‘ah, a política não pode acabar nunca porque ela foi instituída por uma portaria’, então ela vai ter sempre que existir no cenário do SUS, né, seja em qual gestão for. E o ideário todo da política de humanização diz que ela vai mantendo a sua força e a sua existência, ela vai se afirmando, conforme ela vai conseguindo afirmar os princípios do SUS. (...) Então a gente não precisa de uma portaria, a gente precisa de uma construção, de um fortalecimento político e de uma afirmação maior do ideário da PNH dentro do SUS pra que ela exista” (C3).

“Eu acho que essa aposta de não ter portaria é uma aposta bem coerente. (...) a discussão da portaria trás a discussão da metodologia extensiva, você faz uma portaria pra todos, a indução financeira e não se importa com os processos. (...) A extensividade da PNH não vem por portaria, ela vem por contágio das experiências bem-sucedidas. (...) É um outro método, então a portaria trabalha com a metodologia extensiva, a PNH aposta na metodologia intensiva, por isso que ela aposta na função apoio, por isso que ela não tem portaria” (C4).

“(...) a gente acredita que não é uma portaria que muda processos de trabalho, porque não adianta, se as pessoas não comprarem a ideia (...) a PNH trabalha com o singular, não faria sentido ter uma portaria dizendo tem que ter isso, tem que ter aquilo que pode se tornar uma coisa inatingível, né! A ideia é construir junto com as pessoas. São 5 mil e tantos municípios, como é que em uma portaria a gente vai dizer o que é humanização para cada singularidade, sabe!” (C5).

“(...) a PNH é muito uma lógica contrária a uma lógica de portaria, né! Que iria estabelecer de uma vez por todas o que é humanização, fechando o debate, entendeu? (...) Então acho que uma portaria poderia trazer um viés muito normatizador da política, que poderia jogar muito contra a política, contra o próprio sentido da política” (C8).

Um dos consultores mencionou que no início de sua trajetória na PNH acreditava que a portaria seria uma forma oportuna de ‘impor’ e ‘garantir’ a discussão da humanização nos territórios, porém a sua experiência como apoiadora mostrou que *“a forma da gente garantir é através da mudança de postura de cada um e não é portaria nenhuma que garante isso, sabe!”* (C6).

C2 embora acredite que a ausência de uma portaria não fragiliza e que isso seja, na verdade, uma característica particular da política, não descartou o desafio que isso representa: *“Agora, obviamente que isso também é um desafio. Agora eu não sei te dizer, por exemplo, que se não ter fragiliza a política. Não acredito que seja não ter a portaria que fragiliza. Ela é desafiadora por si só pela sua própria natureza”*.

Na fala de C7 podemos perceber a complexidade que envolve essa discussão. Por um lado se reconhece a beleza e a possibilidade estética que a ausência de uma normatização proporciona e o quanto que essa aposta é coerente com que a PNH propõe. Mas, por outro lado, a organização e a verticalização das relações da sociedade e das instituições dificultam a permeabilidade de uma política que entra nos espaços por adesão e que pretende alterar os modos de produzir tanto da gestão quanto do cuidado em saúde.

“(...) esse momento social que eu acho muito difícil, essa forma de organização das instituições que são muito hierárquicas, principalmente as organizações de saúde, chama a atenção o próprio corpo de saúde, o hospital, né, essas estruturas mais fechadas assim e a própria saúde como um todo, eu acho que somado a isso, sim, prejudica [a ausência de uma portaria]! Mas, por outro lado, tem uma beleza muito grande em tudo isso, porque no momento que a gente não institui de uma maneira única uma portaria ou uma normativa única e sim opta por ter diretrizes de trabalho, as pessoas podem criar, e esse é o sentido principal da humanização, tentar a criação, tentar novos espaços, fazer diferença. Eu acho que fica sempre esse jogo duplo, sabe, mas eu ainda tendo a olhar pelo lado mais positivo. Eu acho que ela mais ajuda a criar humanização por aí, mas, ao mesmo tempo, para instituir mesmo no serviço, pode ser uma coisa interessante” (C7).

A não institucionalização da PNH através de uma portaria realmente marca a força instituinte dessa política, mas também delinea um desafio que é o de se oferecer através de encomendas. Além do mais, o não repasse de recursos financeiros para os estados e municípios

afasta a política da concordância de gestores ou, simplesmente, a mantém silenciada. Em Januária – MG, por exemplo, dos 03 gestores que foram entrevistados, 01 afirmou desconhecer por completo a PNH e os demais tinham um conhecimento superficial do que se trata a política, como pode ser percebido em suas falas: “*Na verdade eu conheço o geralzão dela*” (G1); “*De certa forma, sim! Não vou mentir, não li na íntegra nenhum documento*” (G3).

Percebe-se que são muitos os enfrentamentos para implementar uma política com as especificidades da PNH: não é legitimada por uma portaria ministerial, não conta com repasse financeiro e ainda vai na contramão da racionalidade gerencial hegemônica. Como menciona C10: “*(...) A PNH é bonita, mas difícil, é muita luta, né!*”.

1.4.2 O impasse da ausência de financiamento

O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública representa um traço peculiar do federalismo brasileiro que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo. Porém, se por um lado a descentralização é favorável à democracia e à construção de um sistema efetivamente federativo, por outro, sabe-se que uma grande parcela dos municípios brasileiros não possui arrecadação própria significativa e depende das transferências fiscais de outras esferas de governo (MACHADO *et al.*, 2007).

Machado *et al.* (2007) ainda apontam que, mesmo a responsabilidade do financiamento da saúde sendo compartilhada pelas três esferas de governo, o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante. Observa-se um aumento progressivo das transferências federais diretas para os gestores estaduais e municipais, tendo em vista o custeio das ações e serviços do SUS, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre a execução dos recursos de origem federal. Entretanto, grande parte dessas transferências é condicionada ou vinculada a ações e programas específicos, restringindo o poder de decisão dos demais gestores sobre os recursos totais.

Apesar da importância dos repasses financeiros para consecução das ações e serviços de saúde públicos, a Política Nacional

de Humanização não prevê repasse de recursos para estados e municípios. **C7** discorreu sobre essa singularidade da política:

Não é que a gente não tenha financiamento próprio. A gente pra dentro do Ministério, pra organizar a Política de Humanização como área do Ministério, tem financiamento! Tanto que a gente consegue contratar consultores, fazer eventos e tudo. Mas a gente tem um orçamento bem menor do que outras áreas, até porque a gente não tem portaria. (...) Então sem uma portaria que distribua dinheiro pros municípios e pros estados, a nossa área tende a receber menos dinheiro do que outras áreas.

De acordo com **C4** a PNH é uma política ‘barata’ para os cofres públicos e custa cerca de 6 milhões de reais por ano. “(...) é um valor assim irrisório pro Ministério da Saúde que administra bilhões. Pra você ter uma ideia a Mostra de Atenção Básica¹ custou 10 milhões de reais”. **C4** ainda mencionou que “(...) pelo valor que se investe nessa política eu acredito que seja uma política que produz muitas coisas bacanas pro SUS, pras políticas públicas de saúde, faz algumas provocações interessantes pra máquina”.

O fato da PNH não prever repasse de recurso pode ser considerado um fator desestimulante para o gestor encomendar a discussão da humanização no seu território, uma vez que, conforme menciona **C5**: “Muitos gestores dos serviços e das secretarias só funcionam na base do... da troca de recursos... ou priorizam isso, priorizam políticas e programas que tenham algum tipo de financiamento, isso é uma questão”.

C7 corrobora com essa perspectiva ao mencionar que com um repasse de recurso poderia haver uma maior adesão dos gestores a PNH: “(...) eu acho que nesse cenário que a gente está vivendo, nessa sociedade atual, haveria mais adesão. Na verdade, eu acho muito triste, mas haveria”. De acordo com Onocko Campos (2003), a gestão tem sido a disciplina do controle por excelência, preocupada sempre com o aumento da produção de mais-valia, de produtividade e de reprodução do *status quo*.

Embora seja um fato que impõe certo enfrentamento, **C5** não acredita que o repasse de recurso seja determinante para a ‘coisa

¹ Referindo-se a uma edição da Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica. Evento realizado pelo Ministério da Saúde para valorizar as experiências cotidianas e estimular o protagonismo de trabalhadores, gestores e usuários da Atenção Básica do Brasil.

acontecer”: “A PNH aposta na pessoa, gestor, trabalhador e usuário. Acreditar porque você vai dá um recurso que a coisa vai acontecer, a gente sabe que não é assim. A gente vê ‘n’ denúncias de desvio de recursos no SUS. Não adianta mandar recursos, porque ele não foi executado, então...”

C3 menciona que “(...) não interessa ter um escopo de ações que serão induzidos e financiados pra estados e municípios. A gente não tem... a gente não dá dinheiro pra fazer projeto terapêutico, o projeto terapêutico é uma tecnologia. Então a gente vai até o local pra trabalhar a tecnologia, entendeu?”. Diante desse impasse, **C1** pontua que

(...) alguns gestores acham que se trata de uma política pobre, uma política que não dá recurso, que então, assim... qual é o meu interesse de conectar com isso que não dá recurso? (...) Então o gestor está mais preocupado com outras coisas que ele tem que dar conta. Então a PNH que não é exigido dele, por não ser um decreto, né, acaba não sendo a prioridade.

Essa percepção de **C1** é corroborada através da fala de **G1**:

*Se eu estou trabalhando bem os meus critérios de humanização, isso não é contado porque em momento nenhum isso gera meta, gera número. O que gera número é a quantidade de serviço que eu estou prestando. Então se eu vou lá e presto os meus 300 PCCU [Prevenção do Câncer de Colo Uterino] por mês, pro Ministério [da Saúde] tá bem. Ninguém pergunta quem foi a clientela, se foi através de busca ativa ou demanda espontânea ou se o profissional está tratando bem aquela mulher. Virou um número! (**G1**)*

A fala de **G1** disparou a ideia de que embora a humanização seja algo apresentado e pretendido pela maioria das políticas e programas de saúde, a sua discussão ainda é frágil e fragmentada. A abordagem quantitativa ainda é imperiosa e condicionante para que estados e municípios percebam os valores para a manutenção dos programas de saúde. Dessa forma, a humanização se torna uma demagogia política que transversaliza as ações do Ministério da Saúde. **G1** ainda mencionou outro exemplo que demonstra um choque entre a ideia de cumprir metas e humanizar os serviços:

Eu acho que nós estamos no momento que é tão numérico, que é tão meta, tão proporção e aí a humanização entra aonde? Quando eu tenho uma quantidade x de atividades que eu tenho que fazer e o Ministério [da Saúde] resolve inventar mais uma, em momento nenhum que esses programas são criados, a política [a PNH] está inserida. Ela está isolada, eu tenho que aplicá-la. (...) Agora mesmo a estratégia de fortificação com micronutrientes para as creches. É humanização oferecer aquilo? Não, não é! É meta! Porque no final das contas eu só tenho que lá saber quantas crianças recebeu o meu sachezinho com micronutrientes. Eu não tenho nenhuma atividade com os pais, com a família inserida no programa. É claro que eu entendo o que vou fazer no meu município, na minha área, eu vou tentar humanizar da melhor forma possível. Mas o programa não prevê nada disso (G1).

Essa dualidade apresentada por **G1** demonstra a dificuldade da PNH de dialogar com as outras políticas públicas de saúde e comprova o que mais tarde alguns consultores denominarão de resistência ou tensionalidade na relação do Ministério da Saúde com a PNH. Percebe-se, portanto que esses desencontros entre as diferentes políticas reverberam nos territórios e promovem para algumas gestões um fosso entre humanização e alcance de metas. Isso fica evidente na fala de **E1**: *“(...) Muitas vezes os gestores são desumanos, mesmo! Eles não estão nem aí não! Às vezes só quer que seja feito e pronto, acabou! Então só quer cumprir meta, não se preocupa se o trabalho está sendo de qualidade, se a população está satisfeita, então tem tudo isso!”*.

Mori e Oliveira (2013) reiteram o interesse dos gestores por políticas vinculadas ao repasse de recursos financeiros, porém advertem que são políticas/programas que não intervêm nos modos de cuidar e de gerir a saúde. O método da PNH embora não envolva financiamento, propõe outro modo de fazer atenção e gestão, coloca em análise o modelo vigente e tensiona o instituído.

Ainda nesse âmbito, Silva Junior *et al.* (2011) reconhecem que há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos meramente normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que avaliem também o desenvolvimento de políticas ou a qualidade de práticas e resultados. Afirmam que alguns autores têm proposto uma abordagem que leve em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários. Contudo, alegam que para esse novo modo de gestão, atenção e controle social é necessário outro perfil de trabalho e de trabalhadores.

Ao contrário do que fora apresentado até o momento, **G3** relatou que a humanização é uma ferramenta que pode favorecer o alcance de metas, no caso, metas financeiras: “(...) existe essa ligação, sim, da humanização ajudar nessa questão de bater meta, meta financeira que eu tô citando o exemplo pra você aqui”. O exemplo que **G3** menciona refere-se a uma morte de um recém-nascido na Maternidade do Hospital Municipal de Januária:

Houve uma morte de um bebezinho aí. Isso foi um escândalo! E se você vê o formato da abordagem da portaria, da recepção, da enfermagem com relação aquele caso, eu falei 'nossa, eu acho que vou até mandar mudar aquela placa ali de frente de hospital municipal e vou colocar posto de saúde', porque eu acho que nem 'posto de saúde' não merecia, aqui merecia feira, podia ser a feira de confusão, de não sei o quê, praia de arrastão, esses trem! Então você imagina se a mãe entrasse humanizada, você imagina como é que seria a minha meta, porque a minha meta tá caindo, porque eu tenho aqui 24 leitos que eu preciso ter uma taxa de ocupação, taxa de permanência, tem todos os indicadores que eu tenho que fazer. (...) Mas se eu tivesse uma humanização, tô te dando só o exemplo da Maternidade pra você vê e entender, seu eu tivesse uma humanização desde a entrada dela a finalização, eu iria bater muito mais a minha meta, eu iria bater o meu faturamento que tá baixíssimo, entendeu? Então a humanização é importante! Na abordagem do início ao fim.

Embora a humanização possa ser refletida nos indicadores e metas institucionais, já que a humanização promove uma reorganização de todo o serviço de saúde, não nos parece que seja um objetivo primário da política favorecer o alcance de verbas, embora isso possa ser uma consequência natural de um serviço que se preocupa com a qualidade de seus processos, com o contentamento de seus colaboradores e com a satisfação de seus usuários.

Embora essa perspectiva de **G3** desloque, em alguma medida, o verdadeiro sentido da humanização, é necessário reconhecer que um município que padece com problemas financeiros como Januária – MG, atrelamentos como esses podem ser puramente estratégicos. A disposição de humanizar o serviço, nesses casos, não revela necessariamente uma pretensão de promover democratização institucional e, sim, de alterar relações de cuidado desastrosas que impactam no alcance das metas e, conseqüentemente, de recursos.

Campos (2003) faz uma importante crítica sobre o financiamento da saúde. De acordo com esse autor, o pagamento segundo procedimentos ou com base apenas em produtividade fortalece a lógica de mercado e estimula a irracionalidade gerencial e técnica. Por outro lado, o pagamento global sem nenhuma referência de resultados, da mesma forma, estimula a reprodução do modelo tradicional e hegemônico. Isso revela a importância de se reformular mecanismos de financiamento, descobrindo modos que combinem indução com algum grau de autonomia para que gestores e equipes adaptem as diretrizes gerais a suas especificidades locais.

C1 mencionou que *“(...) Eu já fui gestor da Atenção Básica, fiz apoio institucional e eu sei disso, e se a gente não consegue atingir algumas metas, não cai o recurso”*. Embora a eficiência seja algo desejável em qualquer organização, essa lógica macropolítica do financiamento da saúde favorece a visão instrumental a respeito da humanização e acena para o conceito de ‘Clínica Degradada’ cunhado por Campos (2003) em que o interesse econômico aparece antes do interesse do paciente e que a lógica política e de poder se sobrepõem à razão da cura ou da reabilitação de pessoas. O referido autor ainda reconhece que toda ação de saúde é uma prática submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos, contudo, as organizações de saúde precisam criar ambientes mais ou menos protegidos dessas determinações.

1.4.3 As discontinuidades provocadas pela alternância de poder

A alternância de gestão de todos os municípios, estados e do próprio país é uma realidade que faz com que os cenários políticos, obviamente, também se alterem. A saúde não escapa desse palco de mudanças e, dessa forma, ideias e projetos se constroem, desconstroem e reconstroem.

No que tange a PNH, os consultores mencionaram as reverberações sobre as atividades desenvolvidas nos territórios e o quanto o apoio é sensível a essas mudanças de gestão. C3 fala sobre o desafio de lidar com a PNH dentro desse contexto: *“A gente tá trabalhando num contexto x, aí num determinado território onde a PNH sempre trabalhou e sempre trabalhou bem, a eleição revela um outro panorama político, é óbvio que o modo como a PNH vai se posicionar*

vai ser outro, entendeu?”. C2 também mencionou esse contexto de mudanças como ‘extremamente desafiador’:

No próprio processo, o contexto vai se modificando, muda gestor, muda equipe. Então assim, isso vai modelando, isso vai mudando o contexto, vai mudando o cenário. Então, muitas vezes, a gente pactua daqui a pouco tem que pactuar de novo. Então como é processo de mudança, que pressupõe mudança, pressupõe um trabalho coletivo, então sustentar isso é um grande desafio. E não é pouco não! (...) Então, às vezes, é um processo que vai, vai, vai, daí a pouco aquieta; vai, vai, vai, daí a pouco aquieta! É muito difícil sustentar esse processo e como é um processo em construção, ele tem idas e vindas. Então é extremamente desafiador, mesmo! (C2).

É óbvio que não apenas a PNH é afetada por essas mudanças de cenário político, outras políticas também o são e os consultores reconhecem isso, como pode ser observado na fala de C6:

E não só pra gente, né! É pra tudo! A gente vive num contexto de descontinuidade continuamente com essas trocas, né! Porque as pessoas entram entendendo as coisas de um jeito e elas produzem as coisas do jeito que elas pensam, ela vai interagindo, mas tem uma forma de pensar, né! Então é do nosso contexto social e de saúde hoje, de gestão pública, lidar com essas quebras contínuas. Por exemplo, tem um município que a gente ficou sabendo esses dias que mudou 14 vezes de secretário municipal de saúde lá no Norte. Então assim, imagina, né! (...) Então é uma coisa que a gente vai aprendendo a lidar bem, a lidar com essas mudanças, que não é simples, mas que não tem por onde fugir. É a realidade! É muita mudança mesmo!

Embora C5 tenha mencionado que não faria sentido a PNH ter uma portaria que a instituísse, uma vez que não daria conta de mudar os processos de trabalho e de lidar com as singularidades dos espaços, no que tange às repercussões da alternância de poder reconheceu que “(...) não é um problema só da PNH, mas que fragiliza mais porque ela não tem a portaria, talvez”. Posteriormente retoma o assunto e expõe que “(...) tudo esbarra nessa coisa de não ter uma portaria, né! Não tendo essa portaria, hoje o gestor está topando ter um colegiado gestor, mudou a gestão, pode chegar um gestor totalmente autoritário e aí o

processo de apoio a PNH de um ano, dois anos simplesmente se esvai!”.

De acordo com Nogueira (2006) existe um discurso cotidiano que afirma que quando há troca de governo, a descontinuidade administrativa é dada como fato. Isso se traduziria na interrupção de iniciativas, projetos, programas e obras, mudanças radicais de prioridades e engavetamento de planos futuros, sempre em função de um viés político, desprezando-se as possíveis qualidades ou méritos que possam ter as ações que serão descontinuadas. Como consequência desse processo, tem-se o desperdício de recursos públicos, a perda de memória e saber institucional, o desânimo das equipes envolvidas e um aumento da tensão e da animosidade entre técnicos estáveis e gestores que vêm e vão ao sabor das eleições.

Contudo, Nogueira (2006) ainda afirma que os estudos que se debruçaram sobre essa temática com mais atenção mostra uma realidade diferente e mais complexa do que o saber político popular faz crer. Esses estudos apontam que o fenômeno da continuidade e da descontinuidade dificilmente acontece de forma pura, em seus extremos (completa continuidade ou descontinuidade). Além disso, pesquisas iniciais com ações em nível municipal vêm chegando a resultados que questionam a predominância da descontinuidade administrativa em projetos, programas ou iniciativas públicas. Mesmo em casos de mudanças de gestores, a continuidade administrativa se mostra muito mais presente do que se poderia supor.

Análises feitas por Nogueira (2006) em seu trabalho apontam para a existência de pelo menos quatro fatores que favorecem a continuidade de iniciativas públicas em governos locais e serão apresentadas aqui sucintamente:

1) Ações intencionais de promoção da continuidade – ter consciência do risco de descontinuidade administrativa presumivelmente motiva os gestores envolvidos em iniciativas públicas a tomar providências para perpetuar o que acham que é importante;

2) Boa gestão – a organização harmoniosa de diversos recursos (humanos, financeiros, materiais, de mobilização, de conhecimento) visando ao cumprimento dos objetivos propostos tende a produzir resultados que favorecem a continuidade;

3) Atenção a questões políticas – a continuidade administrativa será favorecida na medida em que os processos políticos criem condições adequadas para a gestão e estabeleçam um diálogo entre as ações realizadas e as expectativas dos diferentes atores envolvidos numa política;

4) Tentativa de interferir no ambiente em que a política se insere, com atuação preferencialmente organizada em coalizões – diz respeito à existência de condições ambientais que podem favorecer ou constringer o desenvolvimento de uma iniciativa ou de uma organização.

Essa análise demonstra o quanto a PNH ainda tem que crescer como política e ganhar legitimidade nos territórios, uma vez que, como mencionado por alguns consultores, a humanização ainda precisa transpor barreiras políticas para que possa estabilizar as suas pactuações e encontrar terreno fértil para que as suas ações alcancem longitudinalidade e sejam reconhecidas como aliadas de um processo político democrático e transversal no que tange as práticas de atenção e gestão de saúde.

1.4.4 Cultura autoritária e poder biomédico como cerceadores da humanização

De acordo com Campos (2003) a Medicina ainda exerce um importante controle social sobre a maioria das pessoas. No entanto, percebe-se um grau cada vez maior de alienação, afastamento, desinteresse dos seus agentes em relação aos sujeitos que dependem de seus cuidados, além de uma fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas e de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos. Apesar disso, ainda é grande a capacidade da Medicina de influenciar o imaginário social. O autor supõe que essa importância e influência podem estar relacionadas à articulação da clínica com a mídia e com o complexo médico-industrial e também pela sua função social de adversários da morte e do sofrimento, mesmo que, muitas vezes, pautada em uma clínica degradada.

Pasche (2009) afirma que a cultura sanitária biomédica associa a saúde à ação médica e ao acesso a remédios e hospital, permitindo a medicalização da vida. Campos (2003), aponta que a medicina trabalha com a “ontologização das enfermidades”, como se a doença representasse todo o corpo e toda a personalidade do ser doente, como se a sua essência fosse completamente esvaziada pela doença. Sobre isso, C4 menciona que

(...) o poder médico ainda é muito forte pra discutir clínica ampliada, trabalho em equipe, ainda é muito forte, então isso é um desafio, isso é um obstáculo. (...) Pra outro modelo de cuidado ainda há um poder muito médico, ainda somos muito médico-centrados, apesar do Saúde da Família estar sempre enfatizando a equipe e tal. Ainda temos toda uma tradição, tanto o usuário que demanda o médico e que não quer conversar com o enfermeiro, que não quer conversar com o agente comunitário quando tá com uma necessidade de saúde quanto as próprias pessoas da equipe, né, que se mantém numa relação muito hierarquizada, verticalizada, colocando o médico lá em cima e os demais profissionais lá embaixo.

Foucault em uma conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (UERJ) em 1974 trata do aparecimento do hospital como tecnologia médica. Nessa oportunidade, Foucault menciona que o ponto de partida da reforma hospitalar não foi o hospital civil, mas os hospitais marítimos e militares. A reorganização desses hospitais se fez por intermédio da disciplina, aqui entendida como ‘técnica de exercício de poder’, sendo essa técnica confiada ao médico.

De acordo com Foucault (2013), no final do século XVIII as comunidades religiosas perdem espaço na organização hospitalar e o médico se torna o principal responsável pela disciplina e organização dos hospitais.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada do poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado com uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar etc. (FOUCAULT, 2013, p 187).

De acordo com Tesser (2009) o comum autoritarismo médico pode ser interpretado como uma herança cultural e psicossocial

enraizada no próprio proceder médico, talvez amplificada pela subcultura médica do hospital, o qual é, nitidamente, autoritário desde seu nascimento enquanto instituição médica. Afirma ainda que o aprendizado da clínica nos hospitais foi e continua sendo uma força importante no “processo pedagógico-iniciático”, uma vez que a permanência durante vários anos de formação numa instituição autoritária são essenciais para a introjeção da arrogância e do autoritarismo em muitos médicos.

Tal trajetória de relacionamento da biomedicina com a sociedade torna plausível a hipótese de que haja uma forte influência do ambiente macropolítico para o ambiente microsocial da clínica, por meio do processo que permite a manutenção permanente e renovada da arrogância-autoritarismo, atualizando essa característica e sustentando um *habitus*² profissional em parte da corporação, no sentido de Bourdieu (TESSER, 2009, p. 278).

Além do entrave do poder biomédico, **C4** também menciona que a nossa tradição autoritária e a nossa base cultural escravocrata é um obstáculo para se discutir democracia institucional. “(...) *tem uma cultura escravocrata, essa cultura ‘alguém tem que me servir e fazer aquilo que eu quero, que eu mando’*. *Nós vemos muito isso na gestão, seja gestores de unidade, seja gestores prefeitos, seja gestores secretários de saúde, com essa tradição muito autoritária*” (**C4**). **C10** reitera ao mencionar que

(...) tá ficando fora de moda manter esse autoritarismo, tem que abrir esses espaços porque nós estamos vivendo no Brasil um processo de

² De acordo com Bourdieu (1983, p. 64), o *habitus* é “um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações” e possibilita o cumprimento de tarefas infinitamente diferenciadas graças à transferência analógica de esquemas adquiridos em prática anterior. Ortiz (1983) afirma que a interiorização pelos atores dos valores, normas e princípios sociais assegura a adequação entre as ações dos sujeitos e a realidade objetiva da sociedade como um todo. Considera ainda que a relativa homogeneidade dos *habitus* subjetivos (de classe, de grupo) encontra-se assegurada na medida em que os indivíduos internalizam as representações objetivas conforme as posições que efetivamente desfrutam na sociedade.

democratização, estamos aprendendo, né! Porque a ditadura militar e toda essa história nossa de colonização, com poucos momentos de mais luta e democracia... Então é muito aprendizado e com isso a gente aprendeu a ser autoritário nas escolas, na família, na vida toda. E uma luta pra gente mesmo mudar essa postura. Mas o que vai fazer mudar? É abrir espaços de diálogo, de conversa, de reflexão, é só por meio disso que a gente consegue... não é por meio de imposição, não tem como você impor (C10).

Rios (2009) afirma que existe na área da saúde uma violência institucional decorrente da falta de sensibilidade e de valores humanísticos que produz, conseqüentemente, relações sociais marcadas pela sujeição dos indivíduos. Diante de uma cultura institucional de violência, a humanização surge como uma resposta espontânea a um estado de tensão, insatisfação e sofrimento tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes. A autora considera que a discussão da humanização tornou-se tão relevante para a transformação dos serviços públicos de saúde que o próprio MS criou a PNH com foco na mudança da cultura institucional e dos processos de gestão e organização do trabalho.

Além dessa cultura autoritária e escravocrata, **C4** trás a baila a questão da ‘cultura inampsiana’ incorporada inclusive pelo próprio MS e que “*atrapalha muito a Política Nacional de Humanização*”:

(...) essa questão dessa nossa cultura inampsiana na qual a gente joga muita norma de cima pra baixo, isso que a gente chama de cultura inampsiana das políticas de saúde. O Ministério [da Saúde] faz as políticas que desce em cascata pros estados, dos estados vai pras regionais que vai pros municípios e dos municípios baixa pros trabalhadores e os trabalhadores ficam aí com tarefismos, fazendo... reproduzindo certos mandos, sem saber porquê, qual o sentido, então... aí a gente tem um trabalho extremamente tarefeiro, sem sentido (C4).

De acordo com Pasche *et al.* (2006), a ‘cultura inampsiana’ que **C4** menciona refere-se a força e a marca da ação político-institucional do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que por 15 anos coordenou a política de centralização administrativa e financeira do sistema de saúde, sendo responsável pela consolidação do modelo de atenção à saúde privatista, normativo e essencialmente médico.

De acordo com Yahn (2013), a concepção normativa da ‘cultura inampsiana’ que atravessa os modos de fazer na política pública de saúde é um modo de operar do poder do Estado. Percebe que esse modo de operar da máquina gera políticas que pouco respondem as necessidades territoriais, uma vez que não considera as suas singularidades e são executadas verticalmente. O autor ainda afirma que quando se problematiza este modo de fazer o que fica em jogo são as relações de poder entre a máquina estatal e os sujeitos e os “assujeitamentos” produzidos.

Apesar de ser uma forma pretérita de organização da saúde, a ‘cultura inampsiana’ parece ainda estar presente nas práticas de atenção e gestão, uma vez que as políticas públicas de saúde, em sua maioria, conservam o caráter prescritivo e totalizante que as marcaram outrora. A não institucionalização da PNH com uma portaria certamente visa a afastar a política dessa tradição inampsiana de produzir saúde e toma como prerrogativa exatamente o reverso que é de se apresentar nos espaços através de pactuações democráticas e coletivas, corresponsabilizando a sociedade na condução das políticas de saúde.

1.4.5 A democratização institucional como ameaça

“O outro desafio é a construção dessa gestão participativa, colaborativa, compartilhada, que a gente chama de cogestão no dia a dia ali de trabalho, produzindo efeitos na mudança dos processos de trabalho com a participação dos trabalhadores” (C10). Esse desafio foi também citado ou confirmado por outros consultores. De fato, o que se observa na tela da saúde brasileira, salvas as exceções, são gestões verticalizadas e com pouco espaço para discussão e inclusão dos sujeitos que estão envolvidos na produção de saúde, dessa forma, a resistência imposta pelos gestores à entrada da humanização em seus espaços de gestão é, em certa medida, esperado, uma vez que a democratização institucional pretendida pela PNH não é desejável em instituições autoritárias e totalizantes.

De acordo com Gondim e Siqueira (2004), a previsibilidade, a diretividade, a hierarquia, a constância e o controle são instrumentos gerenciais fundamentais para garantir a estabilidade e a identidade gerencial, contudo ponderam que é necessário haver espaço para a espontaneidade, criação de redes de apoio social, variabilidade,

impulsividade para que a organização tenha capacidade de reagir frente às contínuas transformações que exigem ajustamento rápido.

C2 e **C6** mencionaram que alguns gestores quando aderem à discussão da humanização em seus territórios nem sempre compreendem o objeto de trabalho da PNH e ao perceberem o sentido da política suspendem o apoio outrora oferecido, pois isso pressupõe, muitas vezes, alterar modelos e condutas.

Olha, isso é bem desafiador também, né, porque muitas vezes a gente percebe que os gestores dizem ‘eu quero o apoio da PNH’, mas, às vezes, não compreendendo exatamente no que a PNH vai mexer. (...) Mas eu acredito que a resistência, a suposta resistência, ela vem do desconhecimento! (C2)

Na verdade assim ó, quando as pessoas não entendem a PNH eles são bem parceiros (risos). (...) Então essa questão da parceria ela é muito relativa, né! Então pode ser que a gente vai pegando algumas pessoas pelo caminho que vai percebendo. Porque tem alguns gestores que ‘vem, a gente quer, tô aqui e conte comigo’, mas tem gestores que ‘pô, eu quero, mas mudar o processo vai dar muito trabalho’, porque ele vai ter que sustentar alguns embates, vai ter que ter algumas mudanças de postura, transformar... (C6)

Embora **C4** reconheça que existem lugares em que o gestor ‘banca’ a discussão da humanização, também reitera que há gestor que ao identificar o objetivo da PNH sente-se ‘inseguro’. “*Tem os dois lados*”:

Eu já fui em lugares em que o gestor bancou essa discussão. (...) Até gestões que quando começa a ver que isso vai começar rolar (...) e começa a perceber um certo movimento, uma certa coletivização, quando ele tem uma tradição autoritária, ele começa a ficar muito inseguro, porque as pessoas quando começam a conversar muito umas com as outras, ele vai perdendo um pouco o controle da situação e corta! ‘Ah, eu não quero mais vocês aqui’, entendeu? ‘Pode deixar eu que resolvo com os trabalhadores aqui’, ‘se for pra fazer isso, eu mesmo faço’ e ‘tchau e benção e não apareçam mais aqui’” (C4).

Aparentemente, para os gestores a democratização dos processos coloca em risco o seu papel como líder. Essa visão autoritária

e demasiadamente arcaica de que o bom líder é aquele que conduz os seus subordinados com mãos de ferro, faz com que o gestor mantenha sob o seu controle todos os processos sem nenhuma ou pouca interferência dos seus liderados. **C10** menciona que *“uma demanda muito forte dos trabalhadores é essa ausência de espaço e de convite a eles, aí é uma luta quase que diária pra que a gente consiga uma gestão mais democrática”*.

De acordo com Machado (2007), mais do que um administrador, o gestor do SUS é a autoridade sanitária cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira e tem por responsabilidade conduzir as políticas de saúde segundo as determinações constitucionais e legais do SUS. Afirma ainda que atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento constante com diversos atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes, formais e informais.

Percebe-se que Machado (2007) coloca em relevo a questão da democratização institucional. Sobre isso, **C10** aponta que *“(...) a questão da democratização das instituições, que é um tema que a PNH trabalha de forma bastante enfática, é um grande desafio”*. **C4** menciona que a tradição autoritária é um fator que fortalece a resistência da gestão ao processo de humanização e, como uma reverberação disso, afirma que *“(...) a grande maioria dos gestores, sejam municipais, sejam de serviços, ainda tem muito pouco abertura em relação às ofertas da Política Nacional de Humanização”*.

C7 fala sobre o incômodo que a discussão da democratização institucional gera nos gestores:

Eu acho que a PNH mexe com coisas que algumas pessoas não gostariam de mexer, principalmente quem governa. Se a gente está indo para os lugares falar sobre democracia, falar sobre gestão participativa, que é a base do que a gente entende por humanização de saúde, isso incomoda. Incomoda grande parte das pessoas que fazem parte de uma hierarquia e da gestão do poder. Isso pode ser desde o nível maior, tipo a secretaria de estado até de dentro de uma unidade de saúde onde os pequenos poderes também são exercitados de uma maneira negativa. (...) Então, as pessoas nem sempre gostam.

C2 pontua que mexer naquilo que já está instituído é algo muito difícil: *“quando a gente começa a trazer questões que tão lá quietinhas, mas que tão lá refletindo na qualidade da atenção, isso dá*

um certo desassossego e as pessoas começam a se agarrar de novo naquilo que já tá organizadinho”. C9 endossa essa perspectiva: “(...) cada vez mais você interferindo, você mexendo, vai gerar resistências! Resistência a mudanças!”.

Onocko Campos (2003) afirma que almejamos e sofremos as mudanças. Toda mudança é doída e implica uma escolha e nas escolhas ganham-se coisas e perdem-se outras. “Em toda mudança, penso que é nesse “enxergar” fazendo alguma coisa diferente, que pode ser construída uma nova forma de trabalho, mais fraterna e solidária, mais respeitosa das diferenças e diversidades” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 141).

C6 compartilhou uma experiência que ocorreu em suas ações de apoio que ilustra bem essa tela:

Eu vou te falar que é como acontece no território, entendeu? As pessoas querem, mas quando a gente começa a trabalhar ‘opa, opa, opa’, entendeu? ‘Perai, não vamos mexer nisso!’. (...) Nesse trabalho que eu tô fazendo de apoiadora, nesse um ano e meio, pra rede de urgência e emergência só depois de um ano e meio que eles conseguiram entender um pouco mais esse trabalho e aí parou! Eles falaram ‘ah, então perai, vamos ver, porque vai mudar gestor, vai mudar secretário, vai mudar a gente, tal, a gente tem que ver, o que a gente tá propondo aqui é uma coisa de muita mudança, coisa e tal’, né! É desse jeito que funciona! A gente vai indo, vai indo e quando as pessoas começam a entender ‘ah, então é isso! Tá, mas perai!’ (risos). É assim! ‘Ah, mas perai, então a gente vai ter que organizar a reunião de equipe, a gente vai ter que trabalhar mais junto. Não! Perai, perai!’ Entendeu? Quando a gente vai discutir, o primeiro momento é meio catártico, ‘ah, mas é assim, papapa’, vai, vai... daqui a pouco quando você começa a mostrar caminhos que dá pra fazer de um outro jeito, aí... ‘ah, mas eu tenho que falar com meu coordenador’, ‘ah, talvez meu secretário’, ‘ah, que não sei o quê’. Então é assim que a gente trabalha aqui. Tem que ter uma paciência de Jó! (C6).

C9 também aponta que a resistência, obviamente, não parte apenas dos gestores. Para a mudança ocorrer é necessário que toda a equipe se dedique e queira modificar os modos de produzir do espaço em que trabalha.

Essa questão da gestão é um ponto forte. Tanto é que na experiência que eu tô de apoio intensivo foi uma aposta da gestão. Então a

direção da maternidade ela aposta nesse modelo, PNH como uma possibilidade de reformular o modelo de gestão daquele hospital. Mas assim, só a gestão também não garante, né. Então você tem dificuldade no sentido da própria mudança, das resistências, aí você olhando as equipes, os trabalhadores quando você entra na instituição, a insegurança no sentido de outro modo de funcionar. Então você vai lidar com isso! (C9)

Onocko Campos (2003) pondera que para um grupo criar subjetividade ele precisa desenvolver o “efeito membrana”. Quando um grupo consegue processar, discutir e deliberar sobre aquilo que lhes é oferecido ou mandando, quer dizer que esse grupo tem uma “membrana seletiva”, ou seja, não absorvem e nem tampouco barram tudo. Contudo, se o grupo não se mexe, nada os toca e encontra-se fechado no próprio interior torna-se “cascudo” e essa é a verdadeira resistência à mudança.

As resistências apresentadas até o momento dão conta de ambientes mais micropolíticos, como instituições e governos locais, porém resistências no campo macropolítico também existem. Muitos consultores mencionaram que existe certa tensão entre a PNH e o próprio Ministério da Saúde como pode ser observado nas falas a seguir:

“(...) fala-se na humanização, mas pouco se sabe da política, dentro do próprio Ministério [da Saúde], mesmo, pra dentro do próprio Ministério [da Saúde]. Então assim, o povo da PNH é o povo que discute, discute, discute, não operacionaliza ou então é pra coisas amenas. Então tem uma dificuldade de compreensão da política. A própria PNH, dentro do Ministério [da Saúde], tem feito um trabalho que é mais, assim, de conversar com os pares, discutir a humanização, problematizar dentro do próprio Ministério [da Saúde]. Isso se faz desde rodas de conversas, mas também com a aproximação com as áreas, com as políticas. Então tem sido feito um movimento nos últimos anos mais nesse sentido, de aproximação, de interlocução, de ver interseções dentro das políticas porque isso se reflete no território, principalmente quando a gente fala, por exemplo, do apoio integrado dentro Ministério [da Saúde], então assim, são várias pessoas no Ministério [da Saúde] dentro dos territórios, então se não há essa compreensão, se não há esse diálogo, isso repercute no território” (C2).

“(...) é uma política que vai questionar o modo unidirecional de fazer, entendeu? Então é... pra dentro do próprio Ministério da Saúde existe muitas disputas de poder e a PNH dentro do Ministério [da Saúde] é uma área muito pequenininha, então ela nunca é convidada numa relação

com outra política pública a disputar o poder, ela é sempre convidada a contribuir com alguma coisa e às vezes ela é demandada como também 'tarefeira', sabe! Existem políticas que viram e falam 'não ó, eu queria que a PNH fizessem tal coisa' e jogam uma tarefa, né, isso reflete o modo de funcionar daquela política dentro do Ministério [da Saúde], e a gente vai, conversa e tenta de alguma forma dialogar e dizer 'olha, a gente não tá aqui pra cumprir determinadas tarefas, nós estamos aqui pra pensar junto com vocês como é que a gente vai funcionar assim, assim e assado'. Isso é puro princípio da transversalidade operando, entendeu? Mas existe inclusive anti-PNH no SUS como todo, né, que 'imagina, fazer cogestão? Se eu fizer cogestão eu não coloco em prática o meu modelo de atenção'" (C3).

"Não é uma resistência! É um jogo de... há uma tensionalidade sempre, né! Porque é isso, a Política Nacional de Humanização ela tensiona com esse modo inampsiânico de fazer política pública de saúde (...) o Ministério [da Saúde] ainda é inampsiânico! Aí nisso a Política Nacional de Humanização é ineficiente, aí, sim, o Ministério [da Saúde] tem um jogo de desqualificação, principalmente por essas pessoas que ainda tem essa tradição inampsiânica de produção de políticas. Acha que a obrigação do Ministério [da Saúde] é baixar norma, financiar pra induzir as políticas sem se preocupar com os jogos de forças e com as condições que essas políticas chegam nos territórios, porque os territórios são singulares, daí que vem a dimensão do vetor da singularização na humanização" (C4).

"Aí a gente tem mais resistência [referindo-se ao Ministério da Saúde]. Aí eu tô falando bem do lugar de dentro do Ministério [da Saúde]. Porque eu experimentei mais a PNH aqui. Eu sinto que aqui as pessoas tem mais dificuldade pra sentar, dialogar, elas não gostam de expor a sua fragilidade e aí isso boicota o trabalho. Se a gente não souber exatamente do que estamos falando, os próprios trabalhadores não conseguem resolver as coisas. Até os boicotes mais rasos assim... não marcar reunião, não arrumar tempo para conversar com a humanização, reclamar que a humanização fala demais e faz de menos. Coisas que mostram essa resistência. Mas, isso está melhorando também! Mas é difícil, é bem difícil!" (C7).

Apesar dessas falas, é válido registrar a percepção de **C10** que menciona que esse estranhamento da PNH pelas outras políticas

públicas de saúde era mais forte quando do início da discussão da humanização como política e que hoje essas diferenças já foram amenizadas:

(...) eu não diria que tem uma resistência hoje. No começo as resistências foram maiores porque haviam aqueles que discordavam de criarem uma política de humanização separada como tal, pelo fato das diretrizes da humanização já estar dentro de outras políticas. E o Gastão e a equipe do Gastão defendia que era importante a criação da política no sentido de fortalecer as diretrizes que estão nas outras políticas e de criar um grupo de consultores, de apoiadores pra tá contribuindo no aprofundamento dessas diretrizes e nesse sentido da humanização. Hoje eu penso que essas resistências já foram mais quebradas, mais trabalhadas (C10).

C3 menciona que *“(...) tem gente que não acredita mesmo em cogestão, transversalidade, opera muito mais numa clínica degradada do que numa clínica ampliada, tem muita resistência”*. E são essas resistências que tem que ser desfeitas para que a PNH possa começar ganhar espaço e ser compreendida como uma estratégia de reorganização dos processos de saúde no sentido de qualificar o cuidado, ampliar a gestão e incluir os sujeitos.

As dissonâncias e incongruências da PNH dentro dos espaços micro e macropolítico mostram a vulnerabilidade dessa política e o quanto ainda é necessária a sua expansão, o seu (re)conhecimento e fortalecimento nos estados, municípios e, paradoxalmente, para dentro do próprio Ministério da Saúde.

No que tange ao papel dos estados e municípios **C2** menciona que não é suficiente o Ministério da Saúde apoiar a capilarização da PNH nos estados, se estes não criarem as condições necessárias para que esse apoio se sustente e a humanização continue a acontecer mesmo quando o apoiador sair desse espaço. *“(...) algo importante é o apoio do Ministério [da Saúde] nos estados ou municípios, mas que o município e o estado tomem pra si essa importância ou a necessidade dela se constituir também, dela fortalecer, pra que a ação, de fato, se sustente quando o Ministério não estiver mais” (C2).*

Como fora discutido anteriormente, a PNH é uma política que não é garantida por portaria e isso intensifica os desafios, uma vez que é necessária que ocorra uma adesão, uma encomenda da PNH para que ela possa adentrar oficialmente no espaço através da tecnologia do apoio.

Assim, é preciso se colocar com mais clareza nos territórios e elucidar o método de fazer PNH através da qualificação e fortalecimento do diálogo com os gestores, trabalhadores do SUS e usuários, além de promover o desmantelamento dessa concepção autoritária de gerir os processos de saúde que trava toda uma engrenagem de mudança que poderia reverberar em um cuidado qualificado, equânime, integral e participativo.

1.4.6 A temporalidade da humanização dos processos

Como a PNH é uma política que não se impõe e que se faz acontecer a partir de conquistas de espaços e processos de mobilização, por óbvio, ela demanda mais tempo para se estruturar do que outras políticas. Como menciona **C8** “(...) *Toda prática que é uma prática sensível, ela não pode ser da noite para o dia implementada*”. Estruturar uma lógica de humanização em uma sociedade imediatista é um grande desafio, uma vez que os resultados nem sempre são mensuráveis, embora estejam refletidos nos processos, e nem tampouco surgem de imediato, uma vez que é necessário tempo para alterar modelos de atenção e gestão. Como aponta **C2** “(...) *É algo processual, leva muito tempo. Tanto leva tempo, porque esse processo requer uma decisão, requer uma abertura, requer o compartilhamento do poder, então isso é bem processo*”.

Como as mudanças que são produzidas pela PNH levam tempo para que possam ser refletidas nos processos de trabalho, os resultados do apoio do consultor naquele território também não serão percebidos de imediato. Por isso é importante que gestores e trabalhadores compreendam que os problemas diagnosticados não serão solucionados de forma mágica como menciona **C4**: “*eles [referindo-se aos gestores] acham que nós vamos trazer a fórmula mágica que vai resolver todos os problemas deles. Não tem essa perspectiva do processo, da construção do processo e tal*”.

C4 ainda menciona o desafio da PNH, como política pública, de sustentar a processualidade de suas estratégias de implementação:

(...) eu acho que o desafio da Política de Humanização é como incluir a processualidade das políticas públicas na construção das políticas públicas. Há então pouca paciência com os processos e pouca continuidade de alguns processos. Então a gente quer um resultado imediato como não

tem resultado imediato, corta-se logo a estratégia. Então nós da Política Nacional de Humanização somos até desqualificados, né, numa certa acusação de não produzir resultados (...).

C6 menciona que essa falta de planejamento a longo prazo dos gestores é uma das principais questões que a PNH tem que trabalhar ao se apresentar em um território. *“(...) a gente não olha as coisas com continuidade, a gente ainda tem uma prática em saúde de apagar incêndio, né, a gente não faz um planejamento olhando pro todo, a gente tem ações programáticas fechadas em caixinha” (C6).* **C7** também discorreu sobre esse desafio:

Eu acho que a gente enfrenta, institucionalmente, organizações bem conservadoras, como, por exemplo, trabalhar dentro de um hospital, é uma coisa que dificulta porque numa sociedade imediatista, as pessoas querem respostas breves e a Política de Humanização, em geral, ela não dá respostas breves. A metodologia dela de trabalho, o seu próprio método, né, com o trabalho com as rodas e também trabalha com a análise institucional³, não é uma metodologia que dê resultados imediatos. Também, às vezes, torna mais difícil o trabalho. Tem pessoas que não aceitam muito, né!

Sobre essa questão, um dos gestores que fora entrevistado no município de Januária mencionou que a sua experiência fez perceber que *“a questão de humanização não seria de curto prazo, é de médio a longo prazo” (G3)*. E disse que esse problema temporal é um “perigo” e justificou: *“(...) politicamente Januária é instável. Eu tenho essa noção, mas a qualquer hora eu posso sair e se o próximo que entra tiver uma boa noção ele vai continuar isso aí e se ele não tiver? Se ele não tiver, o trabalho que até então a gente desenvolveu vai ser esquecido” (G3)*.

Essa processualidade pode ser vista, de fato, como um “perigo”, pois, como aponta **C4**, as tecnologias leves, como a humanização, embora importantes, continuam sendo colocadas em um “lugar de perfumaria” e o discurso da eficiência e qualidade total ainda é o que prevalece nos serviços de saúde. Hodiernamente, percebe-se que

³ De acordo com Baremblytt (1996) a Análise Institucional é um movimento institucionalista que visa propiciar, apoiar, deflagrar, nas comunidades, coletivos, nos conjuntos de pessoas, processos de autoanálise e autogestão.

nem sempre é possível conciliar esse discurso de qualidade total com o processo de humanização, uma vez que a implantação, por exemplo, de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar pode apresentar bons resultados em um espaço curto de tempo e melhorar alguns indicadores da instituição, mas a criação de um Colegiado Gestor, de um Grupo de Trabalho de Humanização irá interferir nos processos e nas linhas de mando, causar desconfortos e demandar esforços, porém os resultados não serão percebidos de forma imediata e nem tampouco irão alterar diretamente indicadores que normalmente são utilizados para medir a eficácia e qualidade dos serviços oferecidos por uma instituição.

C6 fez um apontamento instigante:

O desafio é bem grande! É bem enorme, assim! Mas o que me deixa tranquila é pensar que é a longo prazo, sabe? E que não tem outro jeito! E que precisa acontecer, precisa agregar mais gente, compartilhar pra mais gente tá junto, né, pra dissolver esse peso, pra gente não desistir tão fácil! Então é um pouco dessas coisas assim!

O que nos instigou nessa fala de **C6** foi o fato de mencionar “*dissolver esse peso, pra gente não desistir tão fácil*”. Durante a entrevista essa participante havia mencionado que em pouco tempo não estaria mais atuando na PNH, embora não tenha dito os motivos, pois, na verdade, não vinham ao caso, sua fala dá pistas de um cansaço. **C1** mencionou que há uma rotatividade de consultores dentro da PNH: “*(...) tem uma rotatividade, embora dá para se considerar que quem entra fica um tempo, pelo menos mais de um ano*”. Mesmo levando em consideração que a política tenha apenas 10 anos, considerar que um apoiador fique “pelo menos mais de um ano” ainda nos parece pouco tempo. Óbvio que essa mobilidade não é uma realidade restrita da PNH, contudo, conhecendo as dificuldades que são enfrentadas por esses sujeitos em seu papel de apoio nos territórios é compreensível que ocorra desgastes e isso, de fato, foi posto como um dos desafios por alguns consultores e será discutido agora.

Na PNH existem cerca de 70 consultores e de acordo com **C10** “*(...) até pouco tempo a última informação que eu escutei, era que de todas as políticas a gente tinha o grupo de consultores maior*”. Como a prática de mobilização da PNH é feita através do apoio intensivo, esse número de consultores ainda parece pequeno dado o número de municípios que existem no Brasil, como menciona **C8** “*(...)*

you dedicate a time to collectives and here you produce this in the whole national territory is very complicated in a continental country like Brazil, né!”. Devido a isso a extensão da PNH fica reduzida e **C8** também fala sobre essa questão: “(...) *essa dimensão extensiva da política fica sempre um pouco caminhando a passos lentos para que ela se torne uma realidade*”.

Esse longitudinalidade do processo da humanização dos serviços de saúde pode gerar estranhamento e/ou resistência por parte dos gestores e trabalhadores, mas também pode causar certo ‘desânimo’ por parte dos próprios consultores que capilarizam a PNH, uma vez que é necessário estabelecer enfrentamentos constantes, como alguns que já foram apontados, e insistir em articulações com os sujeitos que nem sempre estão dispostos a criar uma nova forma de cuidar e gerir, mantendo-se numa zona de conforto, mesmo que mergulhados em queixas.

Como aponta **C1**: “(...) *Eu acho que a PNH envolve também a dimensão da militância. Eu acho que isso é bastante importante para quem se envolve com a PNH*”. Salgado *et al.* (2013, s/n) afirmam que “a implicação de sujeitos na transformação das práticas de atenção e gestão caracteriza a militância no SUS”. Contudo, não é incomum que, mesmo militante, esse consultor também se sinta frustrado ou desanimado como pode ser percebido na fala de **C4** “(...) *estar nesse campo aí de enfrentamento e com poucos resultados, então a sensação é realmente de muito trabalho e poucos resultados*”. **C2** também discorreu sobre isso:

A gente muitas vezes também mergulha no desânimo. Muitas vezes a gente analisa e avalia um determinado contexto e a gente pensa ‘putz, isso aqui tá difícil’. A gente vai, faz o movimento, pactua e depois não operacionaliza. Aí muitas vezes a gente olha aquele cenário político e diz ‘poxa, aqui vai continuar sendo a gestão autoritária, aqui não adianta! Aqui o poder tá centralizado numa pessoa’. Então muitas vezes a gente ganha um gás, vê o processo acontecendo, as discussões e a gente ganha o fôlego. A gente tá em plena ação e daí a pouco morre, cessa! Daí a pouco rompe-se o que foi pactuado. Aí a gente se desanima. (...) Aí isso dá um desânimo porque, às vezes, dá a sensação de que o movimento nosso que não tá sendo bom e, às vezes, não é.

C4 alerta que diante desse quadro é importante valorizar os bons resultados e exemplifica:

(...) o que é normal pra nós, por ser corriqueiro, por a gente estar trabalhando, pra grande maioria não é! Então nessa nossa tradição ainda muito vertical, muito autoritária, instituir uma roda de gerências e de correlações junto com o gestor é um puta trabalho. Não vai mudar os indicadores, não vai produzir o acolhimento assim de imediato, mas já é um trabalho importante, né! (C4).

Como menciona **C2** “(...) tem altos e baixos, tem momentos potentes, tem momentos que a gente diz que não dá pra apostar. E a gente fica assim, viu?”. Essas ambivalências que, na verdade, é inerente a qualquer trabalho, é um desafio, dessa vez interno, que o consultor precisa lidar, uma vez que o apoio institucional que ele oferta é um dos instrumentos mais importantes da aposta que a PNH faz: construir um SUS que dá certo.

CAPÍTULO II – OS DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO FRENTE AO CAOS SANITÁRIO DE UM MUNICÍPIO NORTE-MINEIRO

2.1 O RETRATO DA SAÚDE DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Aqui é um caos, é um caos! (G2)

Descrever o retrato da saúde do município de Januária – MG é importante não apenas para elucidar o leitor sobre as condições sanitárias locais, mas também é fulcral para que possa compreender e até mesmo criticar os apontamentos feitos pelos trabalhadores do SUS e gestores sobre as dificuldades para humanizar os processos de trabalho desse território.

Na entrevista com os gestores lhes foi perguntado sobre o seu diagnóstico da situação de saúde do município de Januária – MG. A resposta foi uníssona: um caos! *“Na verdade, a gente tá muito longe e aquêm do modelo de saúde” (G3). G1 menciona que “o que a gente vê é falta de planejamento, falta de gestão básica, mínima, não é nada estruturada pra ser a melhor do país, não! É o mínimo!”.*

Hoje a ficha da prefeitura é tão suja que você não consegue... até fornecedores tem medo de vim fazer orçamento pra você. Por isso que eu tô te dando esse diagnóstico de pior e com tristeza eu falo isso, né! Porque a gente depende disso aqui, e como uma colega do bloco cirúrgico uma vez falou e eu gravei isso e é verdade: ‘um dia vocês ainda vão precisar daqui!’. E é verdade! Um dia todos nós vamos ter que passar por aqui, de certa forma. Um dia você pode precisar de uma urgência/emergência e a porta de entrada é aqui [se referindo ao Hospital Municipal]! (G3).

G1 apontou que *“nós somos um município que perde, uma unidade que perde, até o valor profissional se perde nisso aí (...)”.* Um conselheiro do Conselho Municipal de Saúde (doravante **CMS**) também fez os seus apontamentos acerca da situação de saúde de Januária:

Olha o diagnóstico que eu faço é péssimo, é horrível, é horrível! Primeiro que os recursos da saúde do município de Januária são precários, mas eles são precários porque durante todas as administrações anteriores a de hoje, essas administrações foram ruins. (...) Então o hospital vem labutando hoje com um dívida mensal que rola em torno de 400 mil por mês, 350... variando, 350, 400, 450. E esse déficit tem comprometido a saúde. Por outro lado, a Atenção Primária do município também ficou praticamente abandonada. Quando a gente pensa que a Atenção Primária é a porta principal, primordial do SUS, através dos postos de saúde, a gente percebe que os postos estão muito abandonados, que os postos não estão bons, os postos não oferecem um atendimento, um acolhimento de qualidade e se não oferecem de qualidade nos postos, os usuários partem pro hospital.

G2 também pontuou os problemas financeiros vivenciados pelo Hospital Municipal e os problemas da Atenção Primária: *“O hospital sofre com uma questão financeira como todos os hospitais do Brasil, só que como a gente tem uma Atenção Primária deficiente, aumenta o público no Pronto Socorro e consequentemente aumenta o prejuízo pra população que não é atendida”.*

G1 menciona que *“(...) nós pegamos a Atenção Primária, propriamente dita, extremamente caótica. De quando introduziram o serviço no município nunca houve organização nem investimento para tanto”.* Isso também foi considerado por **G2**: *“(...) a gente não tem uma Atenção Primária que funcione. Se você me perguntar quantas compras foram feitas pra Atenção Primária esse ano? Nenhuma! Não teve planejamento pra fazer uma aquisição pra colocar a Atenção Primária pra funcionar. Não teve!”.*

Ao questionar **G2** sobre a marginalização da Atenção Primária, a resposta foi rápida: *“Foco no hospital! Foco na doença e não na prevenção”.* Silva Junior *et al.* (2011) afirmam que os serviços terciários são mais valorizados por serem considerados mais complexos e resolutivos, uma vez que concentram equipamentos e procedimentos e também atendem situações com maior risco de morte. Como, na Atenção Primária, em geral, não há risco de morte e são poucos os equipamentos, os serviços básicos são considerados simplificados e, portanto, desvalorizados. **G3** também discorreu sobre o assunto:

O problema a gente identificou que tá realmente na inversão do modelo. Por que eu tô falando da inversão do modelo? Porque aqui eu deveria tá com a Atenção Primária mil, eu não tenho Atenção Primária. Ai injeta-se dinheiro tudo dentro do hospital. (...) Então o modelo em Januária é invertido, é hospitalocêntrico, tudo do povo é hospital. (...) Até a cultura do povo é hospitalocêntrica e eles ‘bate’ tudo aqui no Pronto Atendimento. Ai você fala ‘volta lá pra sua unidade que você consegue consultar’, e aí eles falam ‘não, aqui é mais rápido, aqui é melhor, porque daqui eu já saio com remédio, daqui eu saio com isso, daqui eu já saio com tudo daqui, se precisar de injeção eu já tô aqui’. Então... Entendeu? (G3)

A ‘cultura hospitalocêntrica’ dos januarenses também foi mencionada pelo CMS “(...) além do mais em Januária tem a cultura da doença, a cultura do hospital, eles acham que o hospital é o único espaço que tem aqui que possibilita uma coisa chamada cura”. G2 reitera a ideia de que ‘o povo gosta de ir pro hospital’, porém acrescenta que

(...) a gente conversa com a população e a população não vai pra lá porque gosta de ir pro hospital. É porque vai pra UBS [Unidade Básica de Saúde] e não tem ninguém! Você vai lá, vai caçar atendimento, não tem ninguém, você vai pra onde? Se você sabe que no PA [Pronto Atendimento] tem gente de plantão, então você vai pro PA, uá! Então a gente tá querendo trabalhar essa cultura da população pra gente realmente mudar, mas como que a gente muda? A gente tem que oferecer o serviço, colocar o serviço pra funcionar, os postos certinho, você vai lá, você consulta. Precizou de consulta especializada, você já marca lá, mesmo (G2).

Silva Junior *et al.* (2011) afirmam que embora tenha sido ampliada a cobertura da Atenção Primária, ainda são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental etc., indispensáveis à continuidade da atenção. Consideram que um serviço que não consegue prestar esse tipo de apoio se desmoraliza, logo as pessoas preferem procurar diretamente os hospitais e centros especializados, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Não obstante, a Política Nacional de Atenção Básica (2012) afirma que a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda

a Rede de Atenção à Saúde e deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da *humanização* (grifo nosso), da equidade e da participação social. Ainda aponta que dotar estas unidades da infraestrutura necessária a este atendimento é um desafio que o Brasil está enfrentando com os investimentos do MS.

Entre as competências das Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal estão: (a) destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica; (b) inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica; (c) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção básica, de forma universal, dentro do seu território; (d) prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da atenção básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012d).

Diante de competências tão precípuas é intrigante ouvir de um gestor de saúde: *“Agora o nosso problema maior é falta da Atenção Primária. Falta da Atenção Primária. (...) Na verdade, ela não cumpre o seu papel. Realmente ela não funciona”* (G2).

Percebe-se, portanto, que apesar da importância da Atenção Primária na reorganização da Rede de Atenção à Saúde, o município de Januária – MG ainda não foi capaz de concentrar esforços na melhoria da qualidade desses serviços que seguem sucateados e não atendem as necessidades mais prementes dos usuários. Sobre isso, e de uma forma mais ampliada, Lottemberg (2007) afirma que

No Brasil, temos uma peculiaridade. Há uma carência de material humano e de recursos nas regiões mais distantes. Dessa forma, a porta de entrada sempre é a instituição hospitalar. Logicamente, isso encandeia todo um processo que encarece o processo e o nível de atendimento. Além disso, cria, de certo modo, um padrão cultural, nas diversas linhas de raciocínio e principalmente no popular. As pessoas começam a achar que a medicina de bom padrão é feita por meio da medicina fundamentalmente diagnóstica. Essa situação faz com que médicos e os hospitais

trabalhem com excessos (Lottemberg, 2007, p. 38).

O deslocamento da população para o hospital não está diretamente relacionado a uma ‘cultura hospitalocêntrica’, mas pode ser vista como a única alternativa para o usuário que necessita de atendimento médico ou precisa realizar procedimentos que a Atenção Primária, embora devesse, não está preparada para fazê-los. Porém, se quisermos pensar que, de fato, haja uma ‘cultura hospitalocêntrica’, antes devemos pensar o que gerou esse fenômeno e, certamente, esbarraremos, mais uma vez, no desmantelamento de todo um sistema que perverte todo um modelo de saúde.

Nessa lógica, **CMS** declarou que

Eu acho que se eles não investirem na Atenção Primária fica complicado! Fica muito complicado! Não tem jeito de avançar. [...] O hospital está andando com as pernas totalmente bambas, o pronto socorro não segura, estoura, entendeu? Às vezes até por mesmice, coisinha, mas tem resistência com Atenção Primária. Mas eu acho que a saída pro município daqui é Atenção Primária, aliás, de qualquer município, sem uma Atenção Primária boa não tem jeito.

Nesse diagnóstico sanitário, a questão da descontinuidade do trabalho dos gestores também foi algo muito pontuado pelos participantes da pesquisa e apresentado como ponto de fragilidade. Como menciona **CMS** “(...) existe uma troca de secretários muito grande, existe uma descontinuidade de todo o processo”. Isso também fora diagnosticado por **G2** “o diagnóstico que nós estamos fazendo que o problema maior da saúde de Januária é a falta de continuidade no serviço. Todo secretário que entra entende que o serviço do anterior não era daquela forma e muda”.

O motivo para tamanha rotatividade de gestores de saúde foi apresentado por **G3**: “troca-se de secretário porque não dão conta, porque o buraco é grande, em pouco tempo tinha um, aí ficou 2 meses, já trocou de novo”. **C7** declara que “toda mudança política faz uma quebra muito forte na saúde do Brasil, do estado, do município, toda vez que muda o governante, se a gente pensar nessa parte, muita coisa muda, porque muda os enfoques de interesse e a forma de organizar”.

Um ponto mencionado por dois gestores entrevistados e que contribuem para o crítico diagnóstico da saúde januarense está

relacionado aos recursos humanos que conforme **G3** encontra-se ‘viciado’:

Agora você tem recursos humanos aqui viciado, você pode passar nas unidades, quem que vai querer trabalhar? Se você ganha, o seu salário tá em dia lá, pra quê que você vai querer fazer grupo de estudo, mexer com isso. Não tem! Januária tem uma cultura de recursos humanos péssima, péssima gestão de recursos humanos, ela é precária, ela é péssima! A saúde é refém de um quadro de funcionário deteriorado, lógico que eu não vou generalizar, ‘existe’ as exceções e quando ela vem, ela é louvável! (G3)

Campos ressalta que as organizações enfatizam o interesse social e ocultam os objetivos ligados aos interesses privados, referentes à sobrevivência da empresa e de seus agentes. Elucida que a Medicina não foge dessa lógica, uma vez que o seu discurso valoriza sempre as necessidades do paciente, porém desconsidera outros interesses que interferem e modificam a “relação idílica” entre “produtores e consumidores”, entre “agentes e público” (CAMPOS, 2000, p. 125).

Ainda nessa perspectiva, **G1** não isentou a gestão de sua responsabilidade frente ao quadro de funcionários ‘viciado’, de acordo com ele “ninguém pensa na valorização dos recursos humanos que estão na prática”, mas também corroborou com a perspectiva de **G3**

É claro que eu não posso deixar de analisar a responsabilidade dos órgãos públicos de gerir, de oferecer condições de trabalho que como eu te falei não acontece, não houve planejamento até então. Mas falta também por parte dos profissionais que estão lá gerenciando as unidades [refere-se às ESF], não falo de um todo, mas de uma maioria que é mais acomodada, sim. Então nós temos hoje no município serviços mal estruturados, metas que se alcançam unicamente pelo objetivo numérico e não pela prestação de um serviço de qualidade e com humanização (G1).

G3 menciona que o descompromisso dos recursos humanos reverbera até mesmo no alcance de recursos financeiros:

Como que eu vou conseguir mais dinheiro se eu tenho uma instituição [refere-se ao Hospital Municipal], não só ela, mas a Atenção Primária também, que o Estado tudo é bater meta, e como é que você vai

ter se os recursos humanos não trabalham junto com você, não quer vestir a camisa do município, faz questão de deteriorar as coisas.

Diante de todo esse cenário, o diagnóstico da saúde do município de Januária feito por **M3** parece bastante assertivo: “*Um estado de calamidade na saúde. Um caos!*”. **G1** mencionou que “*(...) Há quatro anos consecutivos que nós somos o pior município em prestação de serviço em saúde no estado de Minas Gerais*”.

Para confirmar essa informação de **G1** buscamos o Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS). O índice é o resultado do cruzamento de 24 indicadores que avaliam com pontuação de 0 a 10 os municípios, as regiões, os estados e o país com base em informações de acesso, que mostram como está a oferta de ações e serviços de saúde, e de efetividade, que medem o desempenho do sistema, ou seja, o grau com que os serviços e ações de saúde estão atingindo os resultados esperados⁴.

De acordo com o IDSUS 2012⁵, Minas Gerais alcançou a nota 5,87, sendo que o Brasil atingiu 5,47. Entre os municípios mineiros, de fato, Januária apresentou um dos piores índices, obtendo 3,9 e ficando atrás de municípios vizinhos e de estrutura inferior, como Cônego Marinho (6,44), Itacarambi (6,29), Manga (5,97), Miravânia (5,81), São João das Missões (5,74), Pedras de Maria da Cruz (5,60), Bonito de Minas (5,16) e Montalvânia (4,95).

A Tabela 1 descreve os indicadores e as pontuações alcançadas pelo município de Januária – MG em cada um deles. No que se refere à capacidade do município de garantir o acesso ao sistema público de saúde, os resultados revelaram uma baixa cobertura da Atenção Básica; uma baixa proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e uma baixa realização de exames preventivos de cânceres de mama e de colo uterino em grupos de alto risco etc.

Os baixos índices no que se refere à alta complexidade podem ser justificados devido à falta de estrutura do município para ofertá-los. Januária possui um bloco cirúrgico interdito há anos pela Vigilância

⁴ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/noticias-antiores-agencia-saude/1577->. Acesso em: 06/11/2014.

⁵ O levantamento de dados do IDSUS é feito a cada 03 anos, sendo que o primeiro levantamento foi feito entre 2008 e 2011 e divulgado em 2012 e até o momento não fora divulgado indicadores atualizados.

Sanitária, não possui Unidade de Terapia Intensiva e nem equipamentos suficientes para um suporte avançado de vida, sendo que essas demandas de saúde são encaminhadas para outros municípios através da Central de Regulação de Leitos do SUS.

Mesmo apresentando índices razoáveis em muitos itens que avaliam a efetividade dos serviços oferecidos, como cura de novos casos de tuberculose e hanseníase, proporção de partos normais, cobertura vacinal, taxa de incidência de sífilis congênita, não foi possível reverter o péssimo resultado do índice global do município, refletindo, sobretudo, as dificuldades da população para acessar os equipamentos de saúde e, conseqüentemente, a completa desestruturação de toda a rede municipal de saúde.

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento do SUS do município de Januária (2008-2011)

Indicadores	Pontuação
Atenção Básica - Acesso potencial ou obtido	
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde	2,86
Cobertura populacional estimada pelas Equipes Básicas de Saúde Bucal	2,25
Proporção nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	4,89
Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade - Acesso obtido	
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população da mesma faixa etária	2,47
Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	0,86

Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente	0,58
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	2,98

**Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade,
Referência de Média e Alta Complexidade e Urgência e
Emergência - Acesso obtido**

Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente	1,73
Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente	2,47
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	6,82
Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes	0*
Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes	0*
Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes	0,72
Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes	0*

Atenção Básica - Efetividade

Proporção de Internações Sensíveis a Atenção Básica (ISAB)	8,73
Taxa de Incidência de Sífilis Congênita	10
Proporção de cura de casos novos de tuberculose	8,28

pulmonar bacilífera

Proporção de cura de casos novos de hanseníase	9,44
Cobertura com a vacina tetravalente em menores de 1 ano	10
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	0*
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	5,15

Média e Alta Complexidade, Urgência e Emergência - Efetividade

Proporção de Parto Normal	8,89
Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas UTI	8,27
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	6,86

Fonte: Ministério da Saúde, 2012

* O indicador não foi avaliado em função da inexistência de dados

Campos (2007) aponta que o ‘devir do SUS’ nem sempre aponta para o seu fortalecimento devido à existência de impasses em sua implantação, como financiamento insuficiente, Atenção Primária crescendo, mas com velocidade e qualidade abaixo do que é necessário e eficácia e eficiência dos hospitais e serviços especializados abaixo do esperado. Percebe-se que os serviços públicos de saúde do município de Januária – MG não fogem do ‘devir do SUS’ descrito por Campos (2007).

2.2 OS ENTRAVES PARA A INTERIORIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA PNH

Ainda falta muito pra haver humanização (TE3)

Em um dado momento da entrevista com os gestores e trabalhadores do SUS de Januária – MG foi questionado sobre os principais problemas para oferecer um serviço de saúde humanizado conforme a sua compreensão do que seria humanização. Observamos que alguns problemas apresentados por esse grupo, em alguma medida, acenaram para aqueles que já foram descritos pelos consultores da PNH, como a tradição autoritária da gestão de saúde; outros, porém, foram diversos, revelando, dessa forma, que a humanização, embora almejada nos serviços de saúde e por diferentes razões, ainda necessita transpor muitas barreiras que vão desde problemas conceituais até questões operacionais para que os seus princípios e diretrizes sejam, de fato, incorporados nas práticas de atenção e gestão dos milhares de municípios brasileiros.

Especificamente no município de Januária – MG, elencaremos os principais problemas apontados pelo público supracitado. De acordo com *E1* “(...) a questão maior é naquilo que depende do poder público”. De fato, a gestão tem um papel importante na resolução de muitos dos problemas apontados, contudo não podemos eximir a responsabilidade dos outros sujeitos que também participam da produção de saúde.

2.2.1 Condições de trabalho insatisfatórias:

De acordo com Benevides e Passos (2005a), uma das direções da PNH é garantir melhores condições de trabalho tanto para os trabalhadores quanto para os gestores realizarem os seus trabalhos. Contudo, as condições de trabalho em que os profissionais de saúde do município de Januária – MG atuam estão intensamente precarizadas. Os serviços, em sua maioria, lidam com a escassez de recursos materiais e falta de estrutura mínima, isso desmotiva os trabalhadores e, obviamente, causa um grande descontentamento por parte dos usuários que ficam desassistidos. *E2* menciona que “(...) às vezes você quer prestar um atendimento mais humanizado, mas não consegue, às vezes

não tem material pra fazer um curativo, às vezes não tem o mínimo, o básico não tem. Então é difícil!”.

TE5 corrobora ao afirmar que os principais problemas que encontra na ESF é a falta de materiais e estrutura. *“Às vezes você tá aqui, quer fazer um procedimento, quer prestar um bom atendimento, um lugar bom pra eles esperar ou um aparelho bom pra ser usado com esses usuários e não ter... e você ficar de mãos atadas. Esse é o problema maior que identifico” (TE5).* **E1** ainda endossa:

(...) você vê assim coisas básicas que faltam na unidade, né, então isso cria assim... um desconforto, uma indignação dos funcionários que, às vezes, acaba descontando na população, às vezes você fica tão desmotivado no trabalho que você, às vezes, deixa essa questão de lado (referindo-se a humanização). Até numa forma de indignação mesmo. Eu vejo muito isso por onde eu já passei. Geralmente é assim mesmo na saúde pública. Realmente tem esse problema.

Como a gestão local não garante o fornecimento de materiais elementares para a realização do cuidado, alguns trabalhadores mencionaram que para manter as atividades já foi necessário comprar por conta própria alguns produtos:

Então às vezes, a gente tem que comprar o sabão em pó, coisas para limpar, lanche, muitas vezes. Mas aqui a equipe é tão colaborativa que tudo dá certo. Às vezes fica sem problema nenhum, por conta nossa mesmo. Para você ver, nós profissionais de saúde, já estamos ganhando tão baixo, mas ainda temos que colaborar com a unidade. Então é meio que vivendo nas custas nossa mesmo, sabe, muitas vezes... Eu já fiquei sabendo que esteve pior! (E1).

Muitas coisas a gente faz. Quanta coisa a gente tira do nosso bolso pra fazer... pra fazer lanche pra grupo, pra comprar material de limpeza quando não tem, material de papelaria, tudo isso a gente tira do bolso da gente, muitas vezes, né! Pra não parar o serviço (E4).

A gente fica tentando... a gente faz vaquinha pra poder, por fora, que não é nem obrigação nossa, mas pra poder ver se funciona, faz vaquinha pra poder comprar essas coisas que ficam faltando (M3).

Outras vezes é o próprio usuário que compra os materiais para que o procedimento seja realizado, como afirma **TE6** “(...) *As vezes a pessoa tem que comprar sabendo que é um direito dela*”. De acordo com **E4** “(...) *a gente tem falta de material pra curativo, aí tem todo material, mas não tem soro, tem tempo que a gente não tem soro, o paciente tem que trazer o soro pra gente fazer o curativo*”. Posteriormente, mas ainda sobre isso, **E4** ainda mencionou que “(...) *agora acabou foi gaze, o paciente tem que trazer o seu material se ele quiser fazer o seu curativo*”. Sobre essa demanda **E5** informou que “(...) *Esse ano a gente nunca teve soro!*”.

TE 6 menciona que “(...) *Eu preciso ter ferramentas pra trabalhar. Não é assim ‘ah, não tem soro’ e mandar embora, não é bem assim! Não é só falar que não tem e pronto!*”. De acordo com **TE 2** “(...) *a pessoa sai insatisfeita, a pessoa reclama é com a gente, aí a culpa é como se fosse nossa do material ter faltado. Então assim, tem muito problema*”. Diante desse imbróglio, **TE 2** questiona “(...) *como é que a gente oferece um bom serviço, não só humanizado, mas um serviço técnico? Como é que a gente vai oferecer um serviço pro paciente se falta tudo?*”.

Toda sorte de materiais que vão desde produtos de limpeza até materiais indispensáveis para prestação do cuidado faltam na Atenção Básica do município, muitos foram listados pelos participantes do estudo:

A gente não tem equipamentos básicos, insumos, coisas simples pra fazer acontecer Atenção Primária. (...) A gente não tem cadeira suficiente, nem pros funcionários nem pros usuários. A gente não tem material básico de limpeza... vem, mas vem muito pouco! (...) Medicamento muitas vezes falta, ultimamente não tem faltado, tem vindo, mas pouco. O sulfato ferroso da gestante há meses não tem, o ácido fólico. Todo mês a gente solicita, a gente faz a nossa parte... (E4)

Falta papel higiênico, falta folha, falta receituário, receituário especial, isso tudo a gente, às vezes, tem que ficar correndo atrás. Muitas vezes eu trago um pouco do hospital pra cá, quando falta lá, eu pego daqui e levo pra lá. (M3)

Como você faz um atendimento humanizado se o município não fornece a caneta pra você trabalhar? Não te fornece o papel higiênico pra

você ir no banheiro. Não te fornece uma folha de papel decente pra você escrever a vida do paciente, você tá escrevendo numa folha em branco de um lado, do outro lado tá escrito 'pedido de medicamento', 'solicitação de material de limpeza'. (...) Se eu quiser trabalhar aqui eu trago a minha caneta. Se eu quiser ir no banheiro eu trago o meu papel higiênico. Se eu quiser lavar a mão pra atender meu paciente eu trago o meu álcool gel, meu sabonete, meu tudo, meu papel toalha. Eles não tão se importando com a gente e quer que a gente atenda o paciente... (TE3).

E4 ainda informou que “(...) *A gente não tem condição de trabalho pra fazer funcionar promoção e prevenção da saúde aqui. Muito do que a gente faz é por esforço nosso!*”. Como afirmam Mori e Oliveira (2013, s/n), “a luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético, que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre a vida de todos e de cada um”.

Percebe-se diante de todo esse panorama que todas as atividades que são desenvolvidas na Atenção Primária, por óbvio, ficam prejudicadas. Além de gerar uma grande insatisfação por parte dos servidores, os usuários ficam a mercê de uma saúde pública negligenciada e, por isso, frágil e deficiente. **TE2** menciona que “(...) *tem gente que vem aqui da zona rural, só com dinheirinho da passagem, aí chega aqui e não consegue atendimento, não consegue um curativo, não tenho material para retirar o ponto, aí a gente fica com muita dó das pessoas*”.

De acordo com Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), as causas da falta de materiais podem ser identificadas em três diferentes grupos:

(1) Causas estruturais: falta de prioridade política para o setor (baixos investimentos, baixos salários, corrupção, serviços de baixa qualidade etc.); clientelismo político (diretores incompetentes, fixação de prioridades sem a participação da sociedade, favorecimentos etc.); controles burocráticos (agem sobre os instrumentos, particularmente naqueles de caráter econômico, levando à desvalorização das ações executadas e invertendo o referencial das organizações); centralização excessiva (compras centralizadas e baseadas exclusivamente em menores preços).

(2) Causas organizacionais: falta de objetivos; falta de profissionalismo da direção; falta de capacitação e de atualização do pessoal; falta de recursos financeiros; falta de controles; corrupção; falta de planejamento; rotinas e normas não estabelecidas adequadamente.

(3) Causas individuais: gestores improvisados (inseguros ou incapazes de inovar); funcionários desmotivados e sem compromisso com a instituição.

Para responder com precisão o que leva a falta de materiais no município de Januária – MG é necessário um estudo específico sobre isso, contudo acreditamos que haja um mosaico das causas apresentadas por Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), além de outras causas singulares. O certo é que a escassez de materiais básicos nas ESF foi mencionada repetidas vezes e tem comprometido sobremaneira a execução das atividades dos trabalhadores que além de lidar com o descaso da administração pública tem que saber contornar situações delicadas com os usuários que os culpam pela precariedade dos serviços.

De acordo com a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde* publicada pelo MS em 2011, é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado, dentre outras coisas, um atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e em condições adequadas de atendimento, além de ter acesso garantido a medicações e procedimentos que possam aliviar a sua dor e sofrimento.

Mais uma vez, o MS ratifica algo que já fora garantido na lei 8080/1990. Mais do que reiterar direitos, é necessário criar estratégias para operacionalizá-los. A falta de recursos materiais, por exemplo, não é uma exclusividade do município de Januária – MG, pelo contrário, é uma realidade de muitos municípios do Brasil. Isso demonstra a importância da ampliação do debate sobre o financiamento do SUS bem como da correta aplicação dos recursos financeiros disponibilizados para os estados e municípios.

Sobre isso, Soares e Santos (2014) afirmam que o percentual do gasto público per capita, em relação ao total gasto, está situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde como o SUS, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa, e próximo do sistema privado americano. Dessa forma, ponderam que é fundamental a continuidade da reforma do Estado, ainda inconclusa, para que o subfinanciamento não inviabilize o SUS.

Ainda que seja um sistema público de saúde reconhecido internacionalmente, o SUS ainda possui muitas arestas que precisam ser corrigidas. Como afirmam Soares e Santos (2014), implantado, em

grande medida, do ponto de vista legal, o SUS ainda não se materializou do ponto de vista prático.

2.2.2 Desvalorização do fator humano em saúde

A falta de capacitações foi algo mencionado por todas as categorias de trabalhadores do SUS entrevistadas e também pelos próprios gestores. De acordo com **G2** “(...) *nunca foi feito uma capacitação de forma geral por categoria*” e ainda mencionou que em 12 anos de servidor efetivo do município de Januária nunca participou de nenhuma capacitação em sua área.

E1 destacou a importância da capacitação na rotina dos serviços:

É capacitação mesmo que precisa! Às vezes você sabe das coisas, mas às vezes você esquece. Então a gente sempre tem que tá falando, lembrando... Às vezes a pessoa fica mais esperta, né, tenta se tocar mais. Às vezes a gente sabe como que tem que ser feito, mas pelo fato de não estar tendo aquela realidade todo dia, o pessoal não está falando sobre isso, você acaba se esquecendo! Às vezes você acaba atrapalhando o trabalho dessa forma.

Alguns entrevistados disseram que capacitações sobre humanização seria importante para despertar os trabalhadores e promover um alinhamento do que seria humanizar os serviços de saúde. Isso fica evidente na fala de **M2**:

Eu acho que, de repente, uma coisa que falta é essa vinda de uma capacitação, um entendimento, uma informação para os trabalhadores, no caso aqui, os profissionais da saúde de uma forma geral, os agentes, todo mundo, nós, médicos, o enfermeiro, pra ter mais conhecimento dessa parte [referindo-se a humanização], porque, às vezes, é falado, mas pouco. Então eu acho que tinha que ter essa informação, porque acaba que a equipe ia trabalhar com mais sintonia, nesse sentido. Isso aí, às vezes, dificulta, porque não... as ideias, às vezes, não bate muito, né!

TE3 reforça essa perspectiva ao afirmar que “(...) *Primeiro fator é você fazer capacitação, pra pessoa entender. Porque às vezes você fala humanização e a pessoa nem entende o que é humanização.*”

Então a pessoa primeiro tem que entender a situação, o que é humanizar”.

Apesar dos trabalhadores reconhecerem a importância e a necessidade da capacitação, **G3** mencionou uma experiência em que houve a oferta de um seminário para discutir humanização, porém não houve adesão por parte dos trabalhadores:

Eu recebi aqui a visita do COREN [Conselho Regional de Enfermagem] (...), eu falei ‘eu tô achando esse povo tão assim, sem humanização, a abordagem não tá boa’. Aí eu falei, ‘vamos fazer um seminário’. Aí eu preparei o seminário, preparei o lanche, preparei tudo e aí ninguém foi! Foi um fiasco, eu fiquei muito abalada e cheguei até a falar que eu não ia mais triscar nesse assunto, mas depois eu pensei, eu vou triscar nesse assunto, sim, que eu não vou me dar por vencida só por isso! Como você tá anos sem ouvir falar nisso, provavelmente ele não vai ouvir agora, mas depois que você estimular, colocar isso aí muito, bater na tecla, aquela questão da água mole em pedra dura... Eles vão entender! (G3)

Embora a iniciativa de **G3** seja meritória, é importante destacar que não é apenas um seminário ou um momento de sensibilização que irá alterar os processos de trabalho, é preciso um maior investimento para que isso aconteça. Como afirma Brasil (2012a), no SUS, ainda permanece o desafio de fomentar estratégias de valorização do trabalhador através da melhoria das condições de trabalho e da ampliação dos investimentos na qualificação dos trabalhadores.

Outro ponto da fala de **G3** que nos chama atenção é a intenção de trabalhar a perspectiva da humanização por meio da metodologia de ‘água mole em pedra dura’. Essa intencionalidade nos parece uma forma vertical demais para discutir humanização no serviço de saúde e desconsidera que além de ressignificar as práticas de atenção, é essencial também ressignificar as práticas de gestão. Embora a capacitação seja uma ferramenta importante, *per si*, não será suficiente para promover o protagonismo e a corresponsabilização dos sujeitos na produção de saúde.

No que tange as capacitações, Davini (2009) considera como uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, ou seja,

através de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente.

De acordo com Davini (2009), a maioria das capacitações consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar” e pressupõe a reunião das pessoas em uma sala de aula, isoladas de seu contexto real de trabalho, colocadas frente a especialistas experientes, que transmitirão conhecimentos para, uma vez incorporados, serem aplicados. A autora pondera que embora se alcance, em alguns casos, aprendizagens individuais através de capacitações com esse tipo de abordagem metodológica, elas nem sempre se traduzirão em aprendizagem organizacional, ou seja, não irão se transferir para a ação coletiva. Contudo, mesmo tendo a sua efetividade questionada, esse estilo de capacitação ainda é muito comum nos serviços.

Sobre isso, Silva *et al.* (2007) afirma que a necessidade de adequação profissional exige modificações nas capacitações, uma vez que os cursos, treinamentos e outras modalidades de educação ocorrem, muitas vezes, desarticulados do contexto dos serviços e nem sempre respondem às necessidades dos gestores e trabalhadores. Nesse sentido, “é fundamental estabelecer um modelo de capacitação que promova a atenção integral à saúde, alicerçado na aprendizagem significativa: a Educação Permanente em Saúde” (SILVA *et al.*, 2007, p. 390).

Em 2007, o MS através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde implementou a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. De acordo com Davini (2009, p. 44), a Educação Permanente “representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços”. A autora afirma que o enfoque da Educação Permanente incorpora o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem, além de modificar substancialmente as estratégias educativas, problematizando o próprio fazer. Dessa forma, as pessoas são colocadas como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento e de alternativas de ações e não meramente receptores de informações completamente descoladas de sua prática.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 50)

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, portanto, vai ao encontro dos princípios da PNH, uma vez que a Educação Permanente, alicerçada na aprendizagem significativa, favorece as transformações das práticas institucionais através da reflexão coletiva e sistemática das ações sem perder de vista as singularidades do processo de trabalho. Existe, portanto, um diálogo entre as políticas, sendo, em alguma medida, complementares.

Dessa forma, a necessidade de capacitação que os trabalhadores do SUS entrevistados mencionaram além de legítima, pode ser considerada uma ferramenta potente para motivá-los e disparar mudanças nas práticas e na organização do serviço. Contudo, Davini (2009) alerta que os resultados que se constroem no processo de reflexão da ação proporcionada pela Educação Permanente devem estar acompanhados ou articulados com dispositivos de mudança nas organizações, para que os avanços não sejam desconsiderados, nem reduzidos às mesmas rotinas. Ressalta também a importância de se engajar e articular a Educação Permanente do pessoal com novos estilos de gestão dos recursos humanos. Essa articulação é particularmente importante quando o objetivo da capacitação não pretende reforçar as práticas vigentes nas instituições de saúde, mas ao contrário procura facilitar a mudança do modelo de atenção.

Portanto, as capacitações não devem ser pautadas por ações verticalizadas da gestão, mas deve ser um processo que promova a interação entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários, e encarada, portanto, como uma produção coletiva de saberes e práticas. Além disso, os gestores devem estimular e valorizar a participação de seus colaboradores nessas ações educativas, avançando em direção à integralidade e humanização dos serviços de saúde oferecidos.

Um outro problema destacado por todos os gestores entrevistados foi a desmotivação dos trabalhadores da rede municipal de saúde, como pode ser evidenciado na fala de **G1** “(...) *Eu vim pra Januária, um pessoal desmotivado, um pessoal sem energia, um pessoal desse jeito*”. Essa desmotivação pode estar relacionado ao que Salgado *et al.* (2013) e Campos (2007) denominam de ‘desencantamento com o SUS’.

Campos (2007) considera grave a impressão de que há um ‘desencantamento com o SUS’ ou um descrédito quanto à capacidade de políticos, gestores, profissionais entre outros para transformar em realidade uma política tão ‘generosa’ e ‘racional’ como SUS. Aponta que a recuperação do prestígio do SUS depende de uma tríade complexa: (1) defesa de políticas de proteção social e distribuição de renda – de acordo com Pasche (2009), saúde como produção social significa reconhecer que quanto mais desigual for a distribuição das riquezas, quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e a políticas públicas redistributivas, mais serão heterogêneos e injustos os padrões de adoecimento e mortalidade; (2) apresentar o SUS para a sociedade como uma reforma social importante e que tem impacto sobre o bem-estar e proteção social; (3) capacidade para melhorar as condições sanitárias e a saúde da pessoas, sendo que nesse caso, a baixa capacidade de gestão, a ‘politicagem’ depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas.

G3 enfatizou que um entrave que impacta na consecução de um serviço humanizado no município de Januária – MG seria os próprios recursos humanos. “*Os entraves são os humanos! (...) eu tenho dificuldade justamente com essa questão*” (**G3**). **G2** endossa essa percepção, porém menciona que existem falhas do município no que tange ao tripé “*valorização, salário em dia e capacitação*” e isso reverbera no desempenho dos trabalhadores de saúde:

Meu maior problema é servidores. Eu tenho um número grande de servidores que ‘eu trabalho assim há 20 anos e eu não vou mudar’. Isso é um problema! E aquele tripé que todo funcionário espera, valorização, salário em dia e capacitação, o município peca por isso. Então nós não temos esse tripé pra tá cobrando deles. [...] Muita gente fala ‘a gente fica aqui abandonado, a gente não muda porque não tem interesse da gestão de estar capacitando a gente pra gente mudar a realidade do serviço’, ‘a gente trabalha como a gente compreendeu há 20 anos atrás’. Então esse tripé é falho e automaticamente isso agrava quando esses servidores, que já não

gostam muito de trabalhar, não encontram esse tripé organizado, que é valorização deles, a questão do salário e a capacitação (G2).

Braga *et al.* (2010) afirmam que a falta de reconhecimento profissional, aliada à discussão tardia sobre planos de cargos e salários para os trabalhadores do SUS e ao arrocho salarial, dentre outros, são reveladores da precarização do setor saúde e gera medo, isolamento e submissão dos trabalhadores.

A sensação de abandono dos trabalhadores mencionada por **G2** foi confirmada na fala de **E1** “(...) às vezes o profissional se sente desumanizado. É largado com um esteto, com um trem ali, pra querer fazer saúde. Então muitas vezes você não consegue!”. **TE6** também mencionou a falta de reconhecimento do trabalho executado:

Eu acho que além da falta de material mesmo, é de reconhecer o trabalho. (...) como é que eu vou trabalhar bem pro outro, sendo que eu sei que às vezes os gestores não pensam que a gente tá aqui pra prestar um serviço de qualidade, não é só porque é unidade básica, que é SUS, que é ‘oba, oba!’. (...) Eu preciso ser reconhecido também no trabalho.

De acordo com Gondim e Siqueira (2004) não se pode atingir um nível de racionalidade sem que se leve em conta os fatores afetivos e emocionais envolvidos. As autoras asseguram que uma mudança no nível técnico que privilegia aspectos racionais e tecnológicos das organizações causam repercussões no nível das interações humanas, do mesmo modo que mudanças na qualidade das interações humanas repercutem na racionalidade organizacional.

De acordo com **E4** “(...) Tá num quadro de desmotivação, mesmo! Mas não é por isso que não sai as coisas é por falta de condição de trabalho mesmo que a gente não tem!”. **E5** esclarece “(...) Boa vontade a gente tem, a gente faz, né!”. **C7** argumenta que “(...) se o próprio trabalhador não tiver sendo cuidado, não tiver boas condições de trabalho, se ele não entender o trabalho dele, se não há espaço de acolhida pra ele mesmo, ele acaba não conseguindo fazer, exercitar o cuidado de uma maneira bacana, interessante”.

De acordo com Gondim e Silva (2004) a compreensão da relação entre motivação e desempenho é considerada relevante para a obtenção de satisfação, qualidade e produtividade na realização de tarefas nas organizações. Dessa forma, consideram que o alcance dos

objetivos organizacionais se encontra atrelado ao desempenho eficaz e eficiente nos níveis individual, grupal e organizacional. No que tange as organizações públicas esse preceito é valioso, uma vez que um desempenho precário repercutirá em baixa qualidade dos serviços oferecidos e insatisfação dos usuários.

A humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde leva em consideração que sujeitos quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando a si próprios nesse mesmo processo. Portanto, é necessário investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem o sistema de saúde, retomando a perspectiva de rede corresponsável e descentralizada que está na base do SUS; uma rede que é comprometida com a defesa da vida; rede humanizada que constrói solidariamente laços de cidadania (BENEVIDES E PASSOS, 2005a).

Diferentemente do que fora apontado pelos gestores como problema, **E4**, implicada no lugar de onde está falando, menciona que

O principal problema que eu vejo aqui na unidade assim... não são os recursos humanos porque os profissionais são bons, os enfermeiros do município são bons, os enfermeiros da Atenção Primária, muitos, a maioria querem trabalhar, querem fazer funcionar a Atenção Primária da forma que é, né, fazendo os grupos, todas as ações de prevenção e de promoção da saúde. Só que a gente encontra falta de condição de trabalho (...).

De acordo com Souza (2009, p. 916) “a força de trabalho em saúde representa um nó crítico para a gestão do SUS. Não há uma política de pessoal articulada com as políticas de saúde”. O autor afirma que são insuficientes a quantidade e a qualificação de profissionais na rede pública; coexistem diferentes jornadas, salários e vínculos de trabalho em uma mesma instituição e as condições de trabalho, em geral, são precárias, causando, muitas vezes, desmotivação e também um descompromisso de muitos trabalhadores para com o SUS.

Gondim e Silva (2004) afirmam que para motivar a força de trabalho é crucial que os gestores observem as peculiaridades da força de trabalho que dispõe; esse tipo de postura possibilita a compreensão, ainda que preliminar, de como contribuir para que cada trabalhador, enquanto ser único, possa atingir o seu potencial máximo. Sobre isso, Mesquita *et al.* (2013, p. 69) pondera que “o prazer do trabalhador

torna-se um indicador da qualidade na prestação de serviço, visto que, quando esse está pleno, se envolve e se compromete mais”.

Percebe-se, portanto, que a gestão exerce uma importante influência sobre a motivação e satisfação dos profissionais de saúde com o seu trabalho. Assim sendo, é fulcral que a gestão, nos diferentes níveis de governo, assuma um gerenciamento mais reflexivo, participativo e humano, com vistas à criação de estratégias que fortaleçam os trabalhadores e, por conseguinte, a efetivação do SUS.

2.2.3 Sobrecarga do Trabalho médico

Os três médicos que foram entrevistados mencionaram que a sobrecarga de trabalho é um fator que impacta negativamente na oferta de um serviço humanizado. M2 revelou que em outra gestão havia exigência de um número mínimo de consultas que um médico deveria fazer e, em sua opinião, o mínimo já excedia o que seria possível. De acordo com M2 *“(...) tem paciente que a consulta pode ser 10 minutos, até menos, mas vai ter paciente que você vai ter que ter 40 minutos ou mais. Mas pra alguns da gestão, tem que ser 10 minutos a consulta. (...) Lógico que você tem que ter uma quantidade mínima, mas tem que ter essa flexibilidade, né!”*.

Fazer um alinhamento entre humanização, tempo e recurso é uma tarefa que gestores e trabalhadores devem se debruçar para garantir tanto um atendimento acolhedor e eficaz do ponto de vista clínico quanto uma boa produtividade de atividades e procedimentos para que possam, assim, assegurar a qualidade do cuidado e também perceber, sem prejuízos, as verbas para a manutenção dos serviços. Por óbvio, não é uma matemática fácil! A ‘flexibilidade’ sugerida por M2 nos parece prudente, uma vez que não é razoável a gestão engessar o tempo que deverá ser dispensado em cada atendimento. Essa abordagem meramente numérica rouba a autonomia do profissional de saúde e nega a singularidade de cada encontro seu com o usuário.

Sobre isso, Campos (2003) afirma que os gestores responsabilizam as equipes de saúde, especialmente os médicos, mediante a cobrança de certa produtividade ou da realização de um conjunto de procedimentos ou ainda do cumprimento de horário. Contudo, o autor considera que o ideal seria contratar com a equipe sua responsabilidade pela atenção integral básica de um conjunto de pessoas

que vivem em um dado território, estimulando o vínculo entre os pacientes e a equipe.

M3 mencionou que a sobrecarga de trabalho é um dos piores problemas que tem que enfrentar para oferecer um serviço humanizado: “(...) *minha área é muito grande, é uma área de alto risco, muito índice de violência, de gravidez na adolescência. Então envolve muitos problemas pra uma só pessoa, só um médico estar dando conta de tudo. Isso aí é um dos piores*”. **M1** corrobora:

É muita gente, é muito paciente e às vezes não dá... Você está tão sobrecarregada, com tanto paciente pra atender que você acaba indo só na queixa do paciente, resolvendo só aquela queixa e indo embora sem nem pensar 'oh, gente, será que aquele paciente não tava com algum problema familiar, alguma coisa', às vezes, por causa disso mesmo, é muito sobrecarregado o PSF. Não só o PSF, mas todos os lugares, todas as áreas de saúde. (...) a gente tenta humanizar, mas, muitas vezes, a gente não faz as coisas do jeito que deveriam ser feitas, às vezes, na pressa, com muito paciente pra atender, muita coisa pra fazer. Aí não dá tempo. Eu acho que isso é o principal problema.

Camelo (2012) afirma que na ESF, a elevada demanda de serviço com conseqüente sobrecarga de trabalho nas equipes favorece um atendimento com pouca qualidade e o profissional que atua neste modelo de atenção, conhecendo as necessidades da realidade sanitária, sente-se insatisfeito com a assistência prestada. Além disso, o volume de atendimento associado à insuficiência de recursos gera um ritmo de trabalho considerado inadequado, podendo causar desgastes físicos e emocionais. Sobre isso, Freidson (2009, p. 125) afirma que “a satisfação dos médicos (...) pode ser mais influenciada pela organização do trabalho do que pelas modalidades de pagamento”.

De acordo com Yahn (2013) é muito comum ouvir tanto trabalhadores quanto gestores queixarem-se sobre a elevada demanda nas portas de entrada do sistema e também questionarem que o usuário não sabe usar os serviços adequadamente, uma vez que somente aceitam consultas médicas e negam as consultas de enfermagem e intervenções de outros membros da equipe da ESF. Porém, aponta que esses gestores e trabalhadores não colocam em questão as suas ofertas, seus modos de fazer e produzir relação de cuidado com o outro. Assim, faz um importante questionamento: “(...) Por que fazemos tantos procedimentos e mesmo assim há baixa resolutividade?” (YAHN, 2013, p. 94).

Em suas reflexões, Yahn (2013) aponta que esse modelo médico-hospitalocêntrico cria procedimento, mas não produz cuidado à saúde e ainda considera que a Atenção Primária, na maioria das vezes operacionalizada a partir da lógica hospitalocêntrica, oferta uma Clínica Degradada e assim é apropriada para disseminar, mais uma vez, o paradigma biomédico, embora em sua concepção não houvesse a pretensão desse efeito.

Dessa forma, além de reconhecer que existe uma sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária e encarar a falta de recursos materiais como um fator limitante de sua prática profissional, é igualmente importante colocar em relevo como esses trabalhadores conduzem os seus atendimentos. Eles produzem uma atenção integral? Eles favorecem a autonomia dos usuários para que possam cuidar de sua própria saúde? Eles desenvolvem relações de vínculo com os usuários? Eles garantem a longitudinalidade do cuidado?

Essas são prerrogativas essenciais para que a Atenção Primária funcione desarticulada da linha ‘queixa-conduta’ existente no Pronto Atendimento. É necessário, portanto, além de mudanças estruturais e organizacionais, mudanças no perfil profissional e na forma de conduzir os atendimentos e de se responsabilizar pelo cuidado dos usuários, tornando as suas intervenções mais efetivas e diminuindo a reincidência dos usuários nos serviços de saúde.

2.2.4 Verticalização da gestão

No que concerne à discussão sobre a humanização da gestão, percebemos que a maioria dos trabalhadores do SUS do município de Januária – MG não realizou, por si mesmo, um atrelamento entre atenção e gestão, tal como a PNH pretende. Fora necessário, portanto, instigar nesses trabalhadores a possibilidade de interferência que esses processos podem acarretar um ao outro. Sobre essa questão, Heckert *et al.* (2009) alertam que, de fato, poucas vezes os processos de gestão em sua conexão com os modos de cuidar são considerados como um desafio para a humanização do SUS, prevalecendo a concepção de que a gestão está associada a um posto, a um sujeito e aos espaços formalizados de gestão.

Após ser instigada, a maioria dos trabalhadores do SUS entrevistados reconheceu que é algo importante. “*Humanização é*

importante em todos os níveis, desde a gestão até o nosso aqui. (...) Eles [os gestores] estão precisando, inclusive!” (M1). M2 afirmou que “eu acho que a gestão tem essa necessidade até maior”. E3 ressaltou a importância da humanização da gestão dizendo que “quando você tem pessoas que entenda o que é humanização ao seu lado, com certeza isso vai refletir em todo o processo de trabalho”.

E4 adverte que “(...) Você vai ter um bom atendimento, um atendimento humanizado se você tiver uma gestão humanizada também”. Mori e Oliveira (2013) afirmam que para a PNH a gestão não é um espaço de ação exclusiva de especialistas, portanto permite a inclusão dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho, tornando-os mais livres para a criação, autônomos e corresponsáveis pela produção de saúde. Dessa forma, a análise dos problemas e os processos de tomada de decisão serão exercidos por um conjunto ampliado de sujeitos que compõem a organização. As autoras ainda asseguram que essa forma de gestão coletiva, derivada de pactos entre os sujeitos e não de imposições sobre eles, traz para a produção de saúde a implicação e a corresponsabilidade pelo cuidado.

Contudo, Campos (2003) afirma que o saber gerencial não escapou da tendência predominante na ciência de supor uma relação quase que “asséptica” entre os que exercem funções de comando e os executores de tarefas, reiterando, por conseguinte, a separação entre o sujeito do conhecimento e do poder e o objeto a ser conhecido e manipulado.

Quando os trabalhadores do SUS foram questionados sobre o seu grau de participação nas discussões e tomadas de decisão e sobre a permeabilidade que os gestores oferecem para que isso ocorra, a maioria respondeu que não participa ou que as oportunidades de participação são poucas. Isso fica bastante claro na fala de **TE2** “*quem somos nós pra decidir alguma coisa! O poder da caneta não é nosso!*”.

De acordo com Foucault (2013), o poder atualmente é um grande desconhecido, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e oculto, investido em toda parte. Assegura ainda que ninguém é titular do poder, porém ele sempre se exerce em alguma direção, com uns de um lado e outros de outro. “Onde há poder, ele se exerce. (...) não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui” (FOUCAULT, 2013, p. 138).

Outros apontamentos foram importantes para ilustrar a exiguidade da democracia institucional em Januária – MG, trata-se de problemas encontrados na vida cotidiana do trabalho e dos micropoderes

envolvidos na atenção básica e que auxiliam a entender os distanciamentos e dificuldades da prática humanizada:

“A gente tinha que ter mais reuniões, pra gente debater, falar alguma coisa. Acho que tá deixando a desejar nisso aí mesmo. O prefeito nunca veio aqui que eu vejo. O secretário de saúde veio aqui muito pouco. Eu acho que precisava ter mais união com todo mundo, né!” (TE1).

“As decisões são tomadas de forma isolada. Quando chega aqui, já depois de muito tempo [risos]” (TE2).

“Acho que o secretário, coordenador não dá oportunidade mais pros funcionários, deveriam dar mais espaço pra gente por nossas opiniões. (...) A gente se senti rejeitada, porque a gente tá trabalhando, a gente sabe o que se passa, tem que dar nossa opinião” (TE4).

“(...) os funcionários fica meio ali na rotina, no dia a dia e fica assim esquecido pelos próprios gestores, fica assim sem opinião” (TE5).

“A gente tem reunião com a coordenação, mas a gente não participa de nenhuma decisão, não! Às vezes eles escutam a opinião da gente pra alguma coisa, mas na tomada de decisão a gente não participa não!” (E2).

“Na verdade, a gente até, mesmo que indiretamente, tenta levar pra eles alguns problemas, dar algumas ideias, mas assim, isso é com algumas pessoas que a gente consegue alguma abertura” (M2).

Campos (1998) aponta que existem muitas experiências voltadas para ampliar a democracia das instituições dentro do âmbito do SUS, como, por exemplo, a descentralização de poder para os municípios e a criação de Conferências e Conselhos de Saúde. Contudo, essas medidas ainda se mostram insuficientes para alcançar os objetivos do SUS e diminuir o alto grau de alienação que se constata na maioria dos trabalhadores.

O Método da Roda (Campos, 2000), apresentado no Capítulo I e apropriado pela PNH, parece potente para reverter essa lógica gerencial e promover o protagonismo e autonomia dos sujeitos, além de ampliar a capacidade de análise e de intervenção. “A democracia é, pois,

um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos” (CAMPOS, 2000, p. 41).

Embora as críticas à verticalização da gestão ocupem uma centralidade no discurso dos trabalhadores de saúde, percebe-se uma inércia no que tange a mobilizações efetivas, mantendo-se, portanto, subjulgados a uma ordem que de tão perpetuada adquire um caráter imutável. A ideia da humanização da gestão é bem acolhida por esses trabalhadores, contudo encarada como algo ainda inatingível.

De acordo com Campos (2000), a racionalidade gerencial hegemônica, eixo conformador do taylorismo, produz sistemas de direção que se sustentam no aprisionamento da vontade e na expropriação da possibilidade de governar da maioria. Estes sistemas além de comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheio a eles.

Ao questionarmos o **CMS** se a gestão municipal fomentava a autonomia e o protagonismo dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ele nos informou o seguinte:

Não, não fomenta! (...) Hoje eu não posso afirmar que tem. Eu acreditava que tivesse. Não só ele [o prefeito], mas o secretário também não tem. [...] Então eu acho que Januária carece e sempre careceu de uma maior participação política e democrática da população. Isso da parte do prefeito, ele nunca estimulou, nenhum outro prefeito também estimulou a sociedade pra que ela venha participar, entendeu? Até onde eu saiba nenhum secretário de saúde, inclusive o que tá aí hoje, nunca sentou com os empregados pra conversar.

Campos (2003) reconhece que embora a gestão seja o produto de uma interação entre pessoas, existe uma forte tendência de se reproduzir formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social tanto dos trabalhadores quanto dos usuários das organizações. A gestão deveria envolver os próprios avaliados na construção dos diagnósticos e na elaboração das novas formas de agir, produzindo formas democráticas para coordenar e planejar o trabalho que aproveite e considere a experiência, o desejo e o interesse de sujeitos que não exercem funções típicas de gestão.

Salgado *et al.* (2013) consideram que no campo da gestão ainda é predominante relações autoritárias com espaços democráticos de cogestão e inclusão bastante limitados. Ainda afirmam que há um

discurso recorrente que atrela a possibilidade de mudanças nas práticas de atenção e gestão à concordância dos gestores, revelando, portanto, um exercício democrático frágil que dificulta a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, um dos princípios estruturantes da PNH.

Para Onocko Campos (2003), na maioria das instituições, não encontramos grupos, mas agrupamentos em que o padrão de relacionamentos interpessoais é fortemente marcado pela ameaça que o outro representa. “O outro como ameaça. O outro como depositário de tudo que é ruim. O outro como o que me impede de desabrochar. O outro como lugar onde despejar o que eu quiser. O outro como testemunha para quem representar, o agrupamento como palco” (ONOCKO CAMPOS, 2003, p. 129).

Um outro problema frequentemente apontado pelos trabalhadores do SUS diz respeito à alta rotatividade de gestores. “Troca muito, né, o problema começa por aí” (E5). De fato, desde a nova gestão iniciada em 2013, já se passaram 04 secretários de saúde no município de Januária – MG e essa descontinuidade reflete nos processos de trabalho. “A gente fica sabendo que tem um coordenador quando vê já mudou” (E4). Na entrevista, TE2 disse que “essa semana a moça tava comentando ali que mudou o secretário [de saúde], eu fiquei sabendo pela boca dela”. Isso demonstra também a fragilidade da rede de comunicação entre os gestores e os trabalhadores do SUS, tal fato fica evidente na fala de TE3:

Se a gente estivesse por dentro, a gente ia entender até melhor. [...] A gente vê só boato. A gente não sabe das decisões tomadas. Muda de secretário toda hora, quando pensa que é um, é outro. Era um novo secretário há menos de um mês, ontem disse que já é outro. Você fica sem saber. Se tivesse esclarecimento, ‘ó, eu vou assumir por tal tempo até o prefeito providenciar, em tal tempo vai ter outro’. Aí a gente ficava sabendo, mas o que acontece é que hoje é um, amanhã já é outro.

E3 afirma que a rotatividade de gestores pode ser um fator que favorece a verticalização da gestão:

Eu acho que um dos problemas que pode ocasionar essa falta de incentivo dos gestores, é a mudança frequente dos gestores. (...) já se passaram quatro secretários de saúde, inúmeros coordenadores, então a gente não tem uma sequência no trabalho de um gestor. Pode ser que ele

comece com uma linha de raciocínio, 'ah, vamos trabalhar humanização', 'vamos trabalhar outros assuntos com Atenção Primária', porém com dois, três meses já não tá a pessoa dele lá, entra outra pessoa com novos pensamentos. Acredito que um dos pontos chave desse não incentivo dos gestores, é ocasionada pelo fato da não continuidade dos mesmos.

Ao contrário do que fora informado pelos trabalhadores, os gestores entrevistados informaram que há espaço para participação. *“Eles têm total liberdade. Nós estamos sempre trabalhando junto, junto, junto” (G1). G2 também mencionou que ‘abriu as portas’ para que a sociedade conhecesse a atual situação de saúde do município:*

Nós implantamos o seguinte: vamos abrir as portas da secretaria. Porque, às vezes, a pessoa chega aqui xingando achando que a gente não quer fornecer isso ou aquilo porque nós não queremos. Mas aí nós mostramos a situação financeira, apresentando pro público. Aí a gente tenta acolher essas pessoas da melhor forma possível (G2).

Apesar dessa abertura que a **G2** menciona, **TE5** considera que *“(...) a gestão deveria aparecer mais pros usuários, fazendo palestras, reuniões, buscar mais convivência com a sociedade pra saber a verdadeira necessidade dos usuários”.*

Um gestor fez um atrelamento que consideramos interessante: a inviabilidade de humanizar a sua gestão devido à escassez de recurso, de acordo com ele *“(...) Eu não consigo [humanizar a gestão]. Eu não tenho recurso pra isso” (G1). G2 também mencionou a dificuldade de humanizar a gestão devido à situação financeira do município: “(...) Nós sofremos muito, no caso, os gestores sofrem muito principalmente por causa da questão financeira, a gente não consegue dar uma resposta positiva pra população”.*

Sobre isso, Campos (2003) afirma que a gestão como espaço fundamental para reorganização da rede, não pode se restringir aos componentes administrativos e financeiros, ainda que sejam fundamentais. A gestão dos processos de trabalho é a forma concreta como se reordenam os modelos. Ainda assegura que sempre que a gestão se dedica tão somente à eficiência, tende a ocorrer uma reprodução do modelo tradicional que por sua vez é incapaz de assegurar universalidade, integralidade e equidade.

Esse modelo de gestão vigente no município de Januária esteriliza os aspectos relacionais, exclui trabalhadores e usuários e,

consequentemente, perpetua o *status quo*. O Método da Roda proposto por Campos (2000) é uma tecnologia potente para intervir nesse cenário e traduzir uma relação mais horizontalizada através da oferta de espaços coletivos de discussão. Mori e Oliveira (2013) afirmam que o método pode ser autoaplicável pela gestão e equipes ou incluir a figura de um agente externo, o apoiador institucional, nesse caso, pressupondo uma adesão do município aos princípios da PNH.

2.2.5 Desorganização da rede de atenção à saúde

Para garantir um sistema de saúde universal, integral e unificado, a construção de redes tornou-se uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. (BRASIL, 2009).

Brasil (2009) ainda afirma que a construção de uma rede de atenção à saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica questionarmos: “como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços?”.

M1 mencionou que “(...) a gente tem aqueles conceitos de longitudinalidade, integralidade e eu acho que a gente tem que conhecer o paciente desde a primeira coisa que ele veio fazer aqui, a queixa, e ver como é que foi o andamento de tudo, como é que foi o desfecho”. Para garantir que isso aconteça é fundamental que haja uma comunicação entre os equipamentos de saúde disponíveis no território. Contudo, sobre o funcionamento da rede no município de Januária, **E3** informou que:

Na teoria funciona, na prática não. Se você for falar com alguns gestores, eles vão falar que funciona, porém nós que vivenciamos aqui a Atenção Primária, a gente não tem aqui essa questão de referência e contrarreferência (...) o trabalho em rede não funciona. Visto que pacientes nossos, clientes nossos que são atendidos no hospital, tem procedimentos aqui na área pra ser feito, um curativo... que a gente fica sabendo por

terceiros, sem que seja comunicado pra gente que foi atendido no hospital, no Viva Vida⁶. Então isso aí... O serviço em rede aqui não funciona.

M1 corrobora: “A rede aqui em Januária não funciona direito. Não tem referência e contrarreferência. Eu mando um paciente pro hospital e não sei o que aconteceu com ele. Eu mando pro especialista e não sei o que aconteceu com ele. Esse negócio de referência e contrarreferência é muito fraco”. **E4** exemplifica uma fragilidade da rede: “(...) Pacientes com câncer, por exemplo. A gente descobre através das agentes de saúde ou através do paciente aqui, não tem aquele feedback do Centro Viva Vida de descobrir alguma coisa, por exemplo, numa mamografia e passar pra ESF, sabe!”.

De acordo com Brasil (2009), a construção de redes é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Percebe-se, portanto, que ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, contudo não é suficiente. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção.

Sobre isso, Feuerwerker (2011) afirma que para superar a falência da referência e contrarreferência é necessário criar espaços coletivos para reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, identificar as possibilidades de cooperação e produzir novos pactos em relação às responsabilidades de cada parte, aos critérios de encaminhamento e de regresso dos usuários ao sistema.

Contudo, **CMS** mencionou que, embora “*importantíssima*”, a comunicação entre os profissionais e os equipamentos de saúde disponíveis no município ainda é muito falha. “*Eu acho que falta a questão da comunicação, um fluxograma muito bem feito, onde as pessoas compreendam todos os passos daquele usuário do SUS, desde o momento que ele chega até o momento que ele sai (...)*” (**CMS**). **M2** reitera “*essa comunicação é muito frágil, não funciona direito*”.

⁶ Refere-se aos Centros Viva Vida de Referência Secundária, criados no âmbito do estado de Minas Gerais, através da resolução SES nº 759 em outubro de 2005. Esses centros são pontos de atenção de média complexidade que atuam de maneira integrada com a Atenção Primária e Terciária, objetivando a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens, vem como à saúde da criança, especialmente crianças de alto risco.

A falta de comunicação entre os equipamentos de saúde faz com que os próprios trabalhadores não saibam orientar os usuários sobre os serviços disponíveis e, não raras vezes, esses usuários ficam transitando no território sem ter as suas necessidades atendidas. **TE3** falou sobre isso: “(...) *tem pacientes que é mandado pra cá, mas sabe que aqui não funciona tal procedimento! Sabe que aqui não tem oftalmologista, mas manda o paciente pra cá. Deveriam informar ‘em tal setor funciona isso, isso e isso’ pro paciente não ficar rodando a cidade*”. **TE5** também discorre sobre isso:

Eu acho que assim, às vezes, até o próprio funcionário tá sem saber o que tá tendo no município. O paciente às vezes chega na unidade e procura um exame, se tá fazendo pelo município, um especialista. Tem hora que a gente não sabe informar porque ninguém informa a gente. Entendeu? Então fica faltando essa comunicação. O que tem no município, o que tá fazendo. (...) Várias vezes a gente ouve essa pergunta e a gente pedi pra ir lá [na secretaria de saúde] olhar porque aqui [na ESF] a gente não garante se tá tendo, se não tá tendo.

Sobre essa fragilidade de toda a rede de saúde do município, **G2** reconhece que:

Deixa eu te falar, se a minha Atenção Primária não funciona e a Atenção Primária é porta de entrada, deveria ser uma porta de entrada e não você sair de sua casa e tentar uma consulta lá na secretaria. Então se você sai de sua casa pra conseguir a consulta, quando você consegue a consulta e você é atendido não tem contrarreferência porque quem te mandou não foi a unidade básica. Então a Atenção Primária não funciona e se ela não funciona não tem como a rede funcionar.

De acordo com Pasche (2009) a base de toda rede de saúde é a Atenção Primária que em todo o território nacional tem por tarefa a viabilização de orientação simples, porém significativa para a construção da efetividade das práticas de saúde. “Todo cidadão tem o direito a uma equipe que cuide dele, com a qual ele estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado em rede”. (PASCHE, 2009, p. 702)

Campos (2003) afirma que em um sistema hierarquizado, a Atenção Primária deveria resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde, essa é uma condição fundamental inclusive para a viabilidade

financeira dos sistemas públicos de saúde. Este autor ainda assegura que para conseguir esse padrão de resolutividade, a Atenção Primária teria de desenvolver, de forma articulada, funções de saúde pública (promoção e prevenção), da clínica ampliada e uma política de acolhimento das demandas individuais e coletivas, ou seja, garantir inscrição em programas, encaminhamento a outras instâncias da rede etc.

Silva Junior *et al.* (2011), faz uma importante crítica sobre as formas de organização e hierarquização das redes assistenciais. Afirmam que, na prática, essa “pirâmide” que organiza a assistência em graus de complexidade, onde o hospital está no topo e a rede básica como porta de entrada do sistema de saúde, está presa a uma racionalidade formal que não leva em conta as necessidades e fluxos reais das pessoas dentro do sistema e, por conseguinte, jamais se concretiza. Consideram que os serviços funcionam com lógicas diferentes e a articulação entre eles é deficiente e por isso não assegura a resolução dos problemas e a população entra no sistema por diferentes portas.

De acordo com Santos (2010), na média nacional, a Atenção Primária não consegue planejar-se nem realizar-se em direção à universalidade e a sua baixa resolutividade culmina no congestionamento dos serviços assistenciais de média e alta complexidade, tanto eletivos como de urgência, uma vez que absorvem o indevido papel de porta de entrada e atendimento massivo de casos evitáveis ou desnecessários.

Diante desse quadro, Campos (2003) afirma que não há como fugir do desafio de integrar, mediante apoio matricial, equipes de saúde mental, de fisioterapia, nutrição, saúde da mulher e da criança etc. à equipe de Saúde da Família. Aponta ainda que a equipe clássica deveria servir como um parâmetro mínimo, uma vez que a rede básica do SUS, em geral, ainda tem uma pequena capacidade para implementar ações de promoção e de prevenção, além de praticar uma clínica com baixa eficácia, já que oscila entre o modelo centrado em programas restritos que excluem grande parte da demanda clínica ou o modelo tipo ‘pronto-atendimento’ com o acompanhamento pontual de casos mórbidos.

Para fazer frente a esse desafio, foi aprovada em 30 de dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas

a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

De acordo com esse documento, a organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por uma intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas. Isso se faz perceber através das importantes lacunas assistenciais; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos; configuração inadequada dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios; e da pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária.

G3 descreveu um fato que ocorreu no município de Januária – MG que ilustra a desarticulação da rede:

Olha o que é desorganização de rede: eu tenho uma Atenção Secundária chamada Centro Viva Vida, ela representa a minha Atenção Secundária. Lá vai ter um atendimento diferenciado da gestante de alto risco [...]. Chegou uma gestante com 14 anos de idade. 14 anos, grávida! Alto risco! Fez todo o acompanhamento, pré-natal, fez 9 consultas, fez o ultrassom, fez o exame, fez tudo direitinho, mas chegou aqui na porta da maternidade pra poder... porque sentiu dor, o médico mandou embora pra casa porque nós somos referência de risco habitual, então eu não sou referência de alto risco, a minha referência de alto risco, dessa gestante ganhar, é em Montes Claros, é o HU (Hospital Universitário) e a Santa Casa, eles são a minha referência de alto risco. Mas ela veio aqui, sentindo dor, o médico falou que não era aqui que ganhava, mandou ela ir embora. A médica que acompanhava o pré-natal dela, falou com ela que entrasse num carro e fosse embora pra Montes Claros que ela ia ganhar lá. E ela sentindo dor no desespero, que ali é arriscado, né, alto risco, ou você pode perder a mãe, pode perder bebê, pode perder tudo. Tão desesperada! Você tá vendo que o desenho tá todo errado. Você tá vendo o que eu tô falando? Ela já deu um escândalo na porta do hospital [em Montes Claros], porque não deveria ter sido feito nesse formato, entendeu? (...) E pra entrar com essa menina? Foi na ouvidoria, ela xingou litros, horrores, falando horrores e tudo, mas o desenho da rede tá todo desconectado, tá todo

errado. Sorte dessa gestante que ela fez o pré-natal direito, que tem algumas que nem faz o pré-natal direito. O que era o certo de desenho de rede? A gestante de risco, faz tudo bonitinho no Centro Viva Vida, chega na Maternidade do hospital de Januária, ela tem que ser atendida, entrar pra dentro, entrar na Central de Regulação, da Central de Regulação, imediatamente, porque já é um acordo da rede, então colocou na Central eles tem que imediatamente aceitar, independente do que seja. Aceitou, mandou dentro da ambulância da unidade pra poder ganhar lá na instituição de referência.

De acordo com Brasil (2009, p. 12), “a cooperação entre gestores e a construção de redes regionalizadas é fundamental, já que muitos municípios são pequenos e não tem como garantir acesso a toda tecnologia disponível para qualificar a vida”. Brasil (2009) ainda afirma que a construção de redes regionalizadas de atenção à saúde pode fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação e contribuir para a diminuição das iniquidades, além de ampliar o grau de cogestão entre distintos atores, por meio da pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes sobre a produção de saúde em uma dada região.

O exemplo de **G3** demonstra a fragilidade do funcionamento da rede de atenção à saúde. A comunicação dos serviços dentro do próprio município é demasiadamente ruidosa e truncada. As tomadas de decisão parecem ser feitas de maneira aleatória, como se não houvesse um fluxograma mínimo para a condução de casos que comportam risco e que não são resolvidos a nível local. O despreparo técnico apresentado pelos profissionais de saúde que atuaram no caso descrito por **G3** evidencia a necessidade de capacitação para casos como o que fora apresentado, além da necessidade de uma melhor articulação da rede municipal e regional de saúde.

Para Rodrigues (2014), a opção pela gestão municipal dos serviços públicos de saúde trouxe, dentre outros problemas, a dificuldade para organizar a rede de serviços em moldes regionais. Embora o artigo 7º, inciso IX, alínea b, da lei n.8.080/1990, tenha estabelecido a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”, o autor pondera que nem os recursos financeiros nem a rede de serviços são geridos no nível regional.

Dessa forma, Machado *et al.* (2007, p. 145) afirma que a experiência brasileira de descentralização revela a complexidade de

consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo. Considera ainda que mais do que os indicadores quantitativos relativos à descentralização, importa compreender as condições em que o processo de descentralização ocorre, uma vez que deve estar articulado com os demais princípios do SUS de universalidade, igualdade, equidade, integralidade e participação social.

CAPÍTULO III – A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DA HUMANIZAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Campos (2000, p. 32) afirma que o “ideal taylorista” estendeu para o mundo do trabalho o espírito conformado do burocrata. Aponta que a educação está voltada para aceitar o cotidiano sem mudança: “educação para um horizonte restrito e medíocre”. Reconhece ainda que os distintos sistemas de dominação inventaram ao longo da história uma série de dispositivos para reduzir as pessoas às suas objetividades, limitando, conseqüentemente, o seu grau de humanidade.

Esse cenário descrito por Campos (2000) é reproduzido cotidianamente no interior de muitas instituições formadoras e faz com que os profissionais formados por elas também o reiterem em seu mundo de trabalho. No que concerne aos profissionais de saúde, essa formação acrítica e impermeável aos aspectos subjetivos reforçam o modelo biomédico e a dureza das relações institucionais.

É importante ressaltar que o desenvolvimento de competências técnico-científicas ao longo do processo de formação é essencial para que o profissional esteja apto para atuar sobre os processos de saúde e doença, contudo uma formação puramente técnica não é suficiente para atender as necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos. Destarte, não pretendemos com esse capítulo criar uma dicotomia entre os aspectos técnico-científicos e os aspectos relacionais/subjetivos, mas, exatamente o contrário. Acreditamos que as instituições formadoras devem abarcar em seus currículos todas essas dimensões que permeiam e qualificam o cuidado, formando profissionais atentos não somente com as tecnologias duras da área médica, mas também com a sutileza dos encontros entre eles e os usuários, agregando à dureza dessas tecnologias componentes que irão ressignificar a prática profissional.

Nesse sentido, consideramos que alguns dos obstáculos para a aproximação entre as propostas da PNH e a realidade dos serviços de saúde podem estar relacionados à formação profissional estritamente voltada para as competências técnico-científicas e a “concepção bancária da educação” discutida por Freire (1987). Reforçando esse ponto de vista, Ceccim e Capozzolo (2004) afirmam que as estratégias educativas trabalhadas de forma descontextualizada e baseadas, sobretudo, na transmissão de conhecimentos não alimentam os

processos, não formam profissionais críticos, não fortalecem perspectivas criadoras e não contribuem para estados de saúde individuais ou coletivos, portanto, não constituem melhores profissionais de saúde.

Para Feuerwerker (2002) a prática e educação médicas em vigor em uma dada sociedade em um dado momento sofrem influência da concepção predominante do que seja o processo saúde-doença. Afirmar ainda que a educação médica está intimamente relacionada às macroestruturas e tendências econômicas e políticas relativas ao conceito e às necessidades de saúde e à organização dos serviços e das políticas de saúde.

De acordo com Azevedo *et al.* (2013, p. 188), “a concepção de saúde e como ela é produzida nas instituições formadoras influem diretamente sobre as práticas de cuidado e sobre o papel do médico na sociedade”. Nessa perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 44) asseguram que no setor do ensino, é necessário e urgente um movimento social, semelhante à Reforma Sanitária, por uma ‘Reforma da Educação’ que “expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecnoprofissional”.

Assim sendo, na publicação *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*, Brasil (2004b) destaca a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada à população brasileira.

Ceccim e Capozzolo (2004) consideram que a transformação da educação dos profissionais de saúde deve representar a ousadia de produção das condições para a atenção integral e humanizada, sendo que esta implicará mudança nas relações de poder entre os profissionais de saúde e entre os profissionais de saúde e os usuários, agregando sensibilidade às dimensões do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida não inscritas nos campos tradicionais de epidemiologia ou da terapêutica.

Brasil (2004b) considera que a maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. Aponta ainda que o trabalho das equipes e das organizações de saúde deveria centrar-se na correspondência aos interesses do usuário e,

inclusive, contribuir para a sua autonomia e para a sua capacidade de intervenção sobre sua própria vida.

Apesar disso, Ceccim e Feuerwerker (2004) revelam que, por se apresentar de forma fragmentada e com orientações conceituais heterogêneas, o impacto do SUS em educação tem sido bastante limitado para alimentar os processos de mudanças nas instituições formadoras e nulo em apresentar a formação como uma política do SUS com potência de interpor lógicas, diretrizes e processos organizados, coerentes e desafiadores dos modos de fazer.

Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar permanentemente informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes (CECCIM e FEUERWERKER 2004, p. 46).

É importante reconhecer que o impacto do SUS tem sido limitado não apenas na indução de mudanças nas instituições formadoras, mas os serviços públicos de saúde, por si mesmos, já falam de sua fragilidade. Portanto, não é possível fragmentar os problemas, pois o que ocorre é que o modelo de ensino reitera o modelo de saúde (longe da perspectiva pretendida pela Reforma Sanitária) e vice-versa.

Com base na crítica à cultura hospitalocêntrica das instituições formadoras, percebemos que os estudantes enfrentam grandes problemas para colocarem em prática até mesmo os conhecimentos técnico-científicos exaltados e aprendidos nas academias, sendo necessário, portanto, criar estratégias a margem do que fora aprendido nas escolas. Readequam ou improvisam com aquilo que está disponível no sistema de saúde. Assim, os aspectos relacionais, já fragilmente abordados nas escolas médicas, perdem centralidade no exercício da prática profissional frente ao cenário caótico do setor saúde e reforçam a abordagem puramente biomédica.

Assim, a exortação dos aspectos técnico-científicos no cuidado (e aqui podemos incluir os próprios usuários que, muitas vezes, atrelam um bom atendimento a prescrições de medicamentos e solicitação de exames e procedimentos médicos), a desconsideração das subjetividades no processo saúde-doença, somado ao ensino acríptico e

desvinculado do contexto são fatores importantes que mantêm o estudante preso aos modelos hegemônicos de educação e saúde vigentes e aos modos instituídos de relações de trabalho.

3.1 HUMANIZAÇÃO DO CURRÍCULO DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE

Feuerwerker (2002) afirma que em decorrência da reorientação das modalidades de atenção têm surgido demandas e pressão para que se formem profissionais com perfil e capacidade distintas das produzidas até então pelo modelo hegemônico de formação. Assegura que, hodiernamente, formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais implica em desenvolver capacidades para o trabalho em equipe, saber se comunicar, ter agilidade para lidar com as mais distintas situações, ter capacidade propositiva etc. Reconhece que embora genéricas, essas características são essenciais para o profissional do futuro e, para favorecê-las, as universidades precisam adotar metodologias que favoreçam o desenvolvimento do espírito crítico, a capacidade de reflexão e participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento.

Rios e Schraiber (2012) concordam que a formação médica envolve um longo processo de aquisição de competências relacionadas não somente ao domínio técnico, mas também ao domínio ético e relacional da profissão. Expõem que através da reafirmação de valores históricos, como a interação do médico com o paciente, essas competências ganham contornos atuais no discurso da humanização das práticas de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina (2001) preconizam como perfil profissional desejado “médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos (...), com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral”. Casate e Corrêa (2012) afirmam que as DCN foram aprovadas a partir de 2001 com o intuito de transformar a formação dos profissionais de saúde, em nível de graduação, para atender às necessidades das próprias mudanças da contemporaneidade, de mudanças de valores, de atitudes, de paradigmas na compreensão do

processo saúde-doença-cuidado, de organização dos serviços de saúde e do processo ensino-aprendizagem.

Nota-se, a partir do perfil profissional descrito nas novas DCN, que a pretensão não é apenas formar um profissional com capacidade técnica e científica em conformidade com o paradigma flexneriano⁷, mas também formar cidadãos conscientes de seu papel social e comprometidos não apenas com o padecimento em si, mas com a dimensão subjetiva do sujeito que exerce uma soberana influência nos processos de saúde e doença e, conseqüentemente, gera ruídos que interferem diretamente nas decisões terapêuticas.

Em 2004, o Ministério da Educação instituiu Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) com o objetivo de avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes. Estes movimentos provocaram um profundo impacto em todo o complexo formador de médicos do Brasil e, em todos os cursos de Medicina, ocorreram debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando ao cumprimento das DCN e à transformação do processo formador dos profissionais de saúde (PAGLIOSA e DA ROS, 2008).

Nesse âmbito, Rios e Schraiber (2012) afirmam que entre a proposta de humanização das práticas profissionais e dos serviços de saúde e o cotidiano dos médicos, os estudos evidenciam grandes dificuldades no desenvolvimento da assistência ‘mais humanizada’ e uma das causas seria a formação essencialmente centrada na competência técnico-científica em seu modelo mais tecnicista.

De acordo com Ceccim e Capozzolo (2004), o ideário científico em oposição às humanidades tirou a saúde do campo afetivo e a situou no campo normativo. Dessa forma, foram excluídas as artes, as letras, a subjetividade e a sensibilidade dos encontros humanos como elementos de saúde. Afirmam ainda que embora as reformas do ensino da saúde tenham insistido na oposição com essa base científica da formação, ainda não foi possível alcançar hegemonia, existindo apenas como uma proposta e/ou experiência, não configurando uma reforma geral da educação dos profissionais de saúde.

⁷ Em referência ao *Relatório Flexner* que, embora elaborado em 1910, hodiernamente ainda exerce influência sobre as instituições formadoras. Entre os principais paradigmas estão (1) a medicina com foco na doença; (2) o ensino da medicina como ciência diferenciada e superior; (3) ensino da medicina apoiado principalmente nos hospitais e laboratórios.

Nesse campo, **C4** pondera que nas academias as discussões sobre um novo modelo de atenção e gestão ainda são muito rasas e *“reafirmam um modelo hospitalocêntrico, médico-centrado e de gestão extremamente verticalizada e hierarquizada”*. **C2** reitera ao afirmar que *“(…) os processos de formação, no geral, ainda estão muito centrados no modelo biomédico. A discussão, por exemplo, de saúde pública, ela está muito distante de várias instituições”*. **C3** ainda endossa: *“(…) A formação médica está extremamente deficitária nesse sentido, ela é biomédica, ela é procedimento-centrada, ela é baseada em habilidades e desenvolvimento de competências, dialogando pouco com o que a gente tem de Saúde Coletiva”*.

Foucault (2013) afirma que foi no século XVIII que o hospital deixou de ser unicamente um espaço de cura e passou também a ser considerado como um espaço “de registro, acúmulo e formação de saber”, assim o saber médico localizado nos livros foi deslocado para os hospitais. “É assim que naturalmente se chega, entre 1780-90, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital” (FOUCAULT, 2013, p. 188).

No que se refere ao sistema público brasileiro, Feuerwerker (2002) assegura que houve essencialmente uma reprodução do modelo hegemônico de organização do trabalho e da atenção à saúde. Considera que essa lógica repercutiu nos processos de formação, uma vez que também foi reproduzida nos hospitais-escola – principal cenário de prática dos estudantes. “Quase ninguém examina, nem conversa, nem se responsabiliza pelos pacientes... e esse é o modelo de prática que tem sido oferecido aos estudantes” (FEUERWERKER, 2002, p. 12).

Para Zanolli (2004) os locais para a aprendizagem clínica devem ser os mais diversos possíveis, escapando do clássico campo de prática eminentemente hospitalar, que utiliza pacientes como “objeto de aprendizagem”. Assegura ainda que estudantes e professores devem estar integrados aos serviços de saúde nos quais desenvolvem a prática clínica e devem entendê-los como um espaço real de trabalho, dinâmico de relações e de responsabilização entre os diferentes sujeitos do processo de aprendizagem e de assistência. Agindo dessa forma, considera que os estudantes começarão a ser percebidos pelos profissionais de saúde e pela comunidade não como meros espectadores, mas como colaboradores do serviço.

Feuerwerker (2002) afirma que embora haja pressões para que ocorram mudanças na formação médica ainda é muito forte nas escolas

a resistência a mudanças, especialmente no que tange a sair do hospital e trabalhar em outros cenários e reorientar a formação em direção a um perfil mais geral. Nesse campo, Marins (2004, p. 105) afirma que existe uma série de problemas para que ocorra efetivamente uma transformação da educação médica, entre eles destaca: os valores adotados pelos docentes, discentes e pela sociedade que reconhecem o modelo hegemônico como o mais adequado; capacitação dos docentes e profissionais de saúde conforme a lógica tradicional; dificuldade de promover a integração ensino-serviço-sociedade; resistência aos desenhos pedagógicos dos cursos; difícil aceitação da seleção e utilização dos cenários mais adequados à aprendizagem; persistência de avaliações descoladas dos objetivos pretendidos pelo curso; produção do saber incongruente com as necessidades de saúde da população; limitada participação dos diversos segmentos no processo de decisão; alternância do poder constituído que, embora garanta o processo democrático, torna-se um obstáculo para a continuidade do processo de transformação etc.

Azevedo *et al.* (2013) afirmam que existe uma disputa entre a formação médica e os projetos políticos que procuram propor uma reorganização do trabalho em saúde com um compromisso com a defesa da vida. Nesse sentido, apontam que é fundamental que os setores que apoiam a mudança do *status quo*, redefinam as estratégias e os processos de formação dos futuros médicos e, para isso, consideram importante apostar em “conteúdos que abordem a integralidade da saúde de forma efetiva, que contribuam para o desenvolvimento da capacidade de escuta, de acolhimento, de construção de vínculos, de abordagens interdisciplinares e de responsabilização” (AZEVEDO *et al.*, 2013, p. 190).

No que diz respeito à Saúde Coletiva, **C3** menciona que

“A nossa formação de saúde não prioriza o SUS. (...) a gente tem tentando, em vários espaços, problematizar isso, que formação em termos de Saúde Coletiva a gente está ofertando? Nós estamos colocando o SUS como o quê? Nós estamos ensinando sobre princípios e diretrizes do SUS ou nós estamos inserindo o SUS dentro de todo um contexto de política social, sabe, pensando o SUS mais no campo da saúde como direito, pensando a própria produção da saúde no país como algo que busca de alguma forma pensar não só nos modos de cuidar e fazer gestão, mas pensar a própria sociedade brasileira, eu acho que a gente precisa ampliar nesse sentido, a gente não tem hoje essa discussão nas graduações de

saúde. As pessoas vão lá, ensinam e dizem ‘ó, o SUS é lei 8080, esses são os princípios, essas são as diretrizes’, entendeu?’

C8 considera que “(...) *Se a gente pensar na medicina, na enfermagem ou nas demais profissões, quanto na graduação quanto na pós ou nas residências, a Saúde Coletiva é a porta de entrada mais forte pra discussão da gestão e subjetividade, clínica-subjetividade!*”.

Azevedo *et al.* (2013) destaca que, no Brasil, a Saúde Coletiva é um projeto contra-hegemônico que, embora assuma distintas posições, visa a um projeto tecnoassistencial que busca resistir e reinventar as práticas de produção da saúde e o sentido da formação e do fazer médico.

Para Salgado *et al.* (2013), uma das razões para o estranhamento evocado pelo contato com a PNH talvez esteja relacionada a pouca ênfase em temas relacionados à Saúde Coletiva na formação profissional, o que, em alguns casos, produz um desalinhamento que demanda tempo para ser trabalhado. Sobre isso, **C1** menciona que o encontro dos acadêmicos com a lógica da PNH seria “*super valioso*”, uma vez que “*ela tenta mais do que dar respostas, eu acho que ela permite que apareçam novas ideias*”. Contudo, como aponta **C4** “(...) *A discussão da clínica ampliada, a discussão da cogestão, ainda é algo muito pouco trabalhado nas academias!*”.

Brasil (2004b) afirma que o ensino-aprendizagem da área técnico-científica não deve ganhar o status de foco central, uma vez que a formação profissional engloba aspectos diversos, como a produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Contudo, **TE5** menciona que “(...) *foram poucas as discussões sobre SUS em minha formação, eu entendo mais pela experiência de serviço na área e por estudar assim pra concurso e tal*”. **E1** corrobora: “(...) *Eu tive que aprender mais por fora, depois que eu formei. Tanto é que quando formei eu não tinha muito conhecimento sobre o SUS*”. Essas declarações reforçam a percepção de **C4**: “(...) *ainda temos profissionais saindo ainda muito crus até em relação à discussão do próprio SUS e ainda muito crus, muito mais ainda, na discussão desse campo da mudança do modelo de atenção e de gestão*”.

Casate e Côrrea (2012) realizaram um levantamento bibliográfico utilizando o termo ‘humanização’, com textos publicados a partir do ano 2000 até 2010, com o intuito de conhecer e analisar a produção científica do campo da saúde, em periódicos nacionais, sobre o

ensino da humanização do cuidado nos cursos de graduação. Nesse estudo observaram que alguns autores apontaram que mudanças nas práticas em saúde, relacionadas à aprendizagem da humanização do cuidado, ocorrem quando nos currículos dos cursos de graduação são enfatizadas disciplinas como ética, bioética, saúde coletiva, relacionamento interpessoal em saúde mental, aspectos psicossociais, homeopatia. Entretanto, outros autores ressaltaram que a inserção de uma disciplina isolada ou mesmo obrigatória que contenha os conteúdos de humanização, é insuficiente para contemplar o aprendizado do cuidado humanizado, pois possuem focos dispersos, sendo necessário espaços de reflexão das humanidades a partir de referenciais teóricos.

Embora com uma visão restrita ao cuidado, **E2** menciona sobre a dificuldade da inserção da Humanização como uma disciplina isolada no currículo:

Eu acho que é difícil ter uma disciplina Humanização. Eu acho que humanização tá em tudo, você tem que atender a pessoa como um todo e isso aí pra ser discutido, tem que ser discutido em todas as matérias. Você tem que ser humanizado na medicação, você tem que ser humanizado na admissão, você tem que ser humanizado em tudo! Então não é uma disciplina sozinha, assim solta. Como que eu vou dizer... tem que tá em todas disciplinas, entendeu? Em tudo tem que ter humanização!

Isso também foi colocado em questão por **C1**: “(...) *Eu fico receoso quando ela (a PNH) começa ganhar institucionalidade, ‘ah essa aqui vai ser a cadeira da PNH’, eu já abro o olho, eu fico meio assim... Se ela estiver no meio de outras, eu acho interessante*”. **C4** menciona que “(...) *Eu acho que nós temos que realmente trazer a humanização de uma forma transversal*”. **C6** fala sobre o desafio de transversalizar a humanização na universidade:

Dentro da universidade vai partir dessas pessoas que pensam os cursos, pra conseguir se integrar e ter esse olhar, mesmo, transversal, de como produzir isso, assim! (...) Eu acho que o desafio de transversalizar na universidade, é o mesmo desafio que a gente tem de transversalizar o cuidado dentro de um serviço, né! É a mesma coisa! (...) Tem alguns lugares que já tem a disciplina de humanização, a gente tem tido notícias assim, tem gente que coloca um pouco da discussão da humanização quando fala da saúde na sociedade, mas enfim, é uma coisa de cada

professor, mesmo, né, tipo de experiência, de uma pessoa que coloca essa discussão assim. Eu acho que o desafio de transversalizar é o desafio que a gente tem no cotidiano... A gente dentro da política, a gente tem dificuldade entre nós de como transversalizar as discussões. Então eu acho que é muito do lugar, mesmo, sabe... e das pessoas que estão naquele lugar pra fazer de um outro jeito, de se juntar mais, né!

Os trabalhadores do SUS entrevistados mencionaram que a humanização foi trabalhada em sua formação através de palestras, seminários, debates, fóruns, tutorias e nos próprios estágios durante as discussões de casos clínicos. Alguns consultores deram algumas sugestões de medidas para transversalizar a discussão da humanização nos currículos:

Possivelmente tendo um pouco mais de reflexão, eu acho bem corrida a faculdade de medicina, ela está pautada numa prática muito orgânica. Incluir terapias alternativas, terapias holísticas, integrativas no currículo. Eu acho que isso falta! E acho que falta muito na medicina escutar o próprio médico que está em formação, ter um espaço um pouco mais humano para as pessoas que estão em formação. Eu acho que isso é uma coisa que faz com que vários profissionais médicos já saiam da universidade um pouco ressentidos, um pouco entristecidos com que ele vê e isso se reflete na prática depois (C7).

Eu acho que nós ainda temos uma formação voltada pro indivíduo e que não contempla a questão subjetiva desse indivíduo. (...) Então transversalizar a questão nas grades curriculares, é trabalhar as dimensões subjetivas, ou seja, ir pra Atenção Básica desde o primeiro ano. Eu acho que o SUS, enquanto política pública, tem que ser matéria introdutória em todos os cursos de saúde (...) (C4).

Você tentar articular, de certa forma, todos os departamentos, as diversas áreas pra poder ter esse olhar no campo da saúde de uma forma mais ampliada, mais integrada. Então eu penso que transversalizar, já que a gente fala de atenção e gestão junto, você já começaria a pensar fóruns, espaços para que esses diversos cursos, esses diversos departamentos estivessem, de certa forma, articulados pensando essas interseções. Eu acho que algumas universidades já colocam alguns módulos mais compartilhados, de você pensar módulos mais integrados, que você tenha,

de certa forma, os diversos profissionais das diversas categorias compartilhando ali as questões (C9).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 48) asseguram que

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira.

Azevedo *et al.* (2013) afirmam que apesar das reformas curriculares inovadoras, muitas vezes, o que se verifica são mudanças ainda circunscritas à grade dos quatro primeiros anos da graduação. Observam que no internato, a grade curricular ainda é, quase totalmente, preenchida por disciplinas “clínicas” especializadas que têm como cenário prioritário o hospital. Defendem que temáticas como a gestão da clínica/cuidado, a clínica ampliada, projeto terapêutico singular, território e formação de redes e de linhas de cuidados, venham a constituir um dos eixos do currículo de graduação de profissionais em saúde, por tratarem de núcleos específicos de saber, abordarem metodologias de articulação entre os diferentes saberes e suas especialidades.

“Isso vai muito além da mera redistribuição de carga horária ou da invenção de novas disciplinas. Implica a mudança de conceitos, dos processos de ensino-aprendizagem, mudança nas relações de poder institucionais e na forma como as universidades entendem seu papel na contemporaneidade. Trata-se de um salto qualitativo, onde a formação deve passar a ser gerenciada coletivamente, e a ser orientada pelas reais necessidades de saúde do nosso país” (AZEVEDO *et al.*, 2013, p. 196).

Ainda sobre as reformas curriculares, Souza (2011) as apontam como uma “mudança natalina” em que “uma nova bola é pendurada na velha árvore de natal”. Afirmo que nos últimos anos houve

grandes atividades nas escolas médicas, como programas de desenvolvimento docente, novas técnicas pedagógicas, novas formas de avaliação, novos laboratórios para prática de habilidades clínicas etc., contudo essa movimentação representa um conjunto de táticas isoladas desconectadas de uma visão integral do processo educacional.

O autor ainda pondera que é muito fácil comprar manequins e montar um laboratório de habilidades ou convidar um luminar para falar de novas metodologias de ensino; difícil é transformar o currículo, uma vez que uma verdadeira mudança pressupõe “mudança de poderes tão arraigados nas paredes seculares de nossos departamentos de ensino” (SOUZA, 2011, p. 71).

Nesse âmbito, Feuerwerker (2002) afirma que a transformação das escolas médicas pressupõe mudança de relações de poder (dentro da escola, entre departamentos, entre professores e alunos e entre os segmentos da sociedade) e a busca da superação do paradigma positivista na produção do conhecimento, na construção do saber médico e na concepção do processo saúde-doença. A autora aponta ainda que a base para essa mudança é a democratização, “um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado” (FEUERWERKER, 2002, p. 20).

De acordo com Grosseman e Karnopp (2011, p. 162)

No processo de formação e da atuação médica, todas as pessoas envolvidas são importantes – profissional médico, paciente, acompanhante, professor, estudante, gestores e outros profissionais. A parceria, o trabalho em equipe, a capacidade formar relações e vínculos efetivos e a capacidade de reflexão crítica, em um ambiente com senso de solidariedade e de colaboração ativa, são componentes fundamentais para alcançar as finalidades preconizadas nas políticas públicas e para atender as expectativas das pessoas, como indivíduo em particular e como cidadão de dado contexto. Esse cuidado nas relações interpessoais deveria se tornar um fio condutor – a referência – para todo o processo de educação médica, de maneira que a própria prática

pedagógica ensinasse ao estudante como ser uma pessoa melhor.

Ribeiro (2008) reconhece que somente o currículo não garante que os objetivos de aprendizagem sejam alcançados, porém constitui uma importante ferramenta política que pode favorecê-los ou até mesmo inviabilizá-los por completo, por isso julga importante que as escolas médicas incorporem em seus currículos, além das disciplinas técnico-científicas tradicionais, conhecimentos de ciências humanas e sociais. Considera ainda que a inclusão de disciplinas de ciências humanas nos vestibulares para o ingresso nas escolas médicas já poderia ser um ‘sinal de mudança’. Briani (2001, p. 76) corrobora ao afirmar que as disciplinas prioritárias utilizadas no ingresso da maioria das escolas médicas, discrimina “toda uma gama de conhecimentos absolutamente necessários a uma profissão que vai lidar essencialmente com vidas humanas”.

M2 reconhece que “(...) *na formação geral da área de saúde isso (referindo-se a humanização) deveria ser colocado como uma das prioridades, né*”. **C1** reforça que “*ela (a PNH) permite fazer perguntas que outras políticas não fazem. Então seria importante, de certa forma, ela ocupar lugar dentro das formações*”. Como aponta **C9** “(...) *Com certeza eu acho que a formação é o grande caminho. Eu acho que é muito importante a discussão da política (...). Mas eu acho que a graduação tem muito ainda a avançar!*”.

C4 destaca que existem algumas experiências bem sucedidas, “*mas ainda não contagiaram, não agiu por contágio a ponto de a gente ver um resultado macro*”. Menciona que “*as práticas instituintes ainda são poucas em relação à produção das práticas instituídas*”. Considera ainda que o discurso da clínica ampliada e da cogestão está sendo incorporado, contudo ainda não é uma realidade.

Como a maior parte dos trabalhadores entrevistados iniciaram os seus estudos na década de 2000, período em que houve a criação do PNHAH e, posteriormente a sua substituição pela PNH em 2003, podemos afirmar que não houve a discussão da humanização enquanto política na formação desses profissionais. A humanização fora apresentada através de uma abordagem romântica que, por si só, não tem potência para promover mudanças nos processos de trabalho tal como pretende a PNH. Tal fato justifica o motivo do desconhecimento da maioria desses participantes da existência de uma Política Nacional de Humanização.

Heckert *et al.* (2009), afirmam que nas produções acadêmicas, o termo humanização assume uma pluralidade de sentidos, assim, agruparam os sentidos majoritários em três eixos: o primeiro eixo compreende a humanização como vínculo entre profissional de saúde e usuário a partir da compreensão e valorização dos sujeitos, e entende também que o desenvolvimento tecnológico da área de saúde gera a desumanização das práticas nesta área; o segundo eixo, a humanização é associada a qualidade do cuidado e inclui a valorização dos trabalhadores e o respeito dos direitos dos usuários; o terceiro eixo, embora em menor número, sinaliza que a humanização do SUS envolve as condições de trabalho, modelo de assistência, formação permanente dos profissionais de saúde, direitos dos usuários e avaliação do processo de trabalho.

Percebe-se, portanto, que a disputa de sentido que a humanização enfrenta já se inicia no próprio processo de formação. O exemplo de C5 demonstra a fragilidade dessas discussões no ambiente acadêmico:

Há uns 15 dias a gente recebeu uma sala inteira de alunos da UNB, eram 50 e poucos alunos mais uma professora [os alunos eram do curso de Enfermagem e Gestão em Saúde] que queriam conhecer a Política de Humanização. (...) Aí assim, a primeira atividade que a gente fez com eles foi 'bom, gente, o que vocês entendem por humanização?'. Ninguém falou sobre mudança no processo de trabalho, todo mundo falou respeito, olhar nos olhos, dar boa tarde, muito associado ao respeito só, sabe! Inclusive a professora! (...) vieram muito com o discurso assim ó 'os palhaços do SUS e tal, isso que é humanização'. A PNH respeita todas essas iniciativas, mas se não mudar processo de trabalho não adianta ter os palhaços. Se for num hospital que os trabalhadores não têm nenhuma autonomia, não são protagonistas, não vai adiantar dar boa tarde, bom dia, boa noite pro usuário.

Para os trabalhadores do SUS entrevistados, a humanização e o próprio SUS foram pouco discutidos durante a formação profissional: “(...) Eu acho que não foi o bastante. Teve, mas não foi o bastante” (E1); “(...) uma abordagem profunda sobre humanização, não teve, não” (E3); “(...) Muito pouco discutido. Não aprofundou na questão, não...” (E3); “(...) Na minha faculdade, a gente discutiu isso no iníciozinho, no primeiro período. Só isso! Ao longo do curso, alguns

professores relembram isso, né. Mas, assim, estudar a fundo não!” (M1); “Tive. Mas acho que pouco, sabe!” (M2); “Eu acho que essa discussão na academia é um pouco artificial, eu acho que poderia ser mais focado nisso aí, mais aprofundado” (M3).

Ceccim e Capozzolo (2004, p. 384) afirmam que

(...) A educação tem potência para constituir a integralidade e a humanização nas práticas de gestão setorial e de atenção à saúde; para democratizar a gestão do sistema e para realizar o acolhimento dos usuários; para ampliar os domínios tecnoprofissionais e a responsabilização pela cura; para efetivar e defender a autodeterminação dos usuários e da população diante do cuidado e do exercício do controle social sobre o setor da saúde; e para entabular uma educação do olhar e da escuta mais significativa à afirmação da vida. A educação dos profissionais de saúde pode contribuir para um *aprender coerente com os princípios do SUS*.

Assim sendo, consideramos que além do esvaziamento das subjetividades, uma formação predominantemente tecnicista contribuiu para a perpetuação do *status quo*, uma vez que os profissionais são formados mais para atender a uma lógica econômica de mercado e cada vez menos comprometidos com a construção e defesa do SUS. Dessa forma, o debate sobre o modelo de formação é precípuo para a implementação de uma atenção integral, humanizada e cogerida.

Embora a importância de uma formação humanística jamais tenha sido total ou formalmente contestada, Serodio e Maia (2009) afirmam que muitos profissionais que têm atividades de ensino com os estudantes de medicina duvidam que ela seja viável, pois, para eles, é impossível incutir valores humanistas em jovens universitários, uma vez que isso deveria ter sido feito em etapas prévias da educação escolar e familiar.

Rios e Schraiber (2012, p. 13) discordam dessa posição e defendem que

As competências para estabelecer e sustentar relações intersubjetivas direcionadas pela ética, pela técnica e pelo agir comunicativo são saberes

que podem ser ensinados, aprendidos e avaliados. Ao contrário do que se pensa, elas não residem no “bom-senso” de cada um, mas requerem aprendizado.

Sobre isso, Assunção *et al.* (2008) ressaltam que a mudança não deve acontecer apenas nos estudantes, mas também naqueles que são responsáveis pela sua formação acadêmica. Os professores são espelhos para os alunos, por isso, não é suficiente ensinar acerca da importância da humanização nas relações de cuidado, é preciso incorporar essa teoria em sua prática profissional. Serodio e Maia (2009, p. 293) afirmam que “o exemplo docente terá impacto direto sobre a motivação moral dos estudantes”.

Rios e Schraiber (2012) corroboram com essa perspectiva ao afirmarem que as atitudes humanísticas são aprendidas através dos modelos profissionais a que os alunos respeitam e aderem ou ativamente, pelo modo como, com as habilidades técnicas, o cuidado intersubjetivo é desenvolvido nas práticas de ensino.

Para Freidson (2009, p. 110) a formação social e técnica obtida pelo médico na faculdade é a origem principal de todo o seu comportamento e prática posterior. Considera que a educação é seguramente de grande importância não apenas para determinar os critérios formais de credenciamento, mas também por estabelecer individualmente entre os membros da profissão um núcleo comum de conhecimentos e atitudes.

Embora Freidson e grande parte dos autores discutam a formação voltada para o curso de Medicina, as suas discussões, na maioria das vezes, podem ser ampliadas para os demais cursos da área de saúde, uma vez que essa formação tecnicista e, conseqüentemente, a abordagem biomédica da prática profissional não é percebida única e exclusivamente nos médicos que compõem o sistema de saúde brasileiro, mas em toda a equipe multiprofissional.

De outro modo, Ceccim e Capozzolo (2004) reconhecem que as reformas importantes na educação dos profissionais de saúde são inicialmente desencadeadas nos cursos de Medicina e, na sequência, reverberam para as demais profissões da saúde, logo constituindo a hegemonia que termina por conformar a educação superior no conjunto dos cursos da área da saúde e o perfil do exercício profissional.

3.2 A REVERBERAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CUIDADO

Giglio (2007) ressalta a dificuldade de se definir um ‘médico humanizado’ e que a maneira mais fácil de compreender esse conceito seria pensar em sua antítese, ou seja, um ‘médico não-humanizado’. Para isso, utiliza como exemplo uma cena frequente na práxis médica: um profissional que atende o seu paciente de forma rápida e se atém unicamente ao seu problema clínico, sem levar em consideração sua história de vida, sua personalidade, seus interesses. Realiza, portanto, uma consulta eminentemente técnica e, ainda que tenha sido eficiente, a sua abordagem pode ser considerada como não humanizada. Diante dessa tela, o próprio autor levanta alguns questionamentos: como humanizar esse médico? Como fazer com que ele enxergue a dimensão pessoal do outro?

Para Rios (2009) um grande nó ainda não desatado está relacionado com a necessidade de desenvolver nos profissionais de saúde o interesse legítimo pelo paciente. Considera que essa tarefa não é nada fácil em tempos hodiernos, em que prevalece o individualismo e o jeito narcísico de ser, inclusive na própria formação acadêmica dos profissionais da saúde.

De acordo com Koifman (2001, p. 54):

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar.

Nesse âmbito, Casate e Corrêa (2012) apontam que a humanização tem sido tema central na formação do trabalhador de saúde para a realização de um cuidado integral, da promoção da saúde e da valorização da dimensão subjetiva e social sempre implicada no processo saúde-doença-cuidado e também como subsídio para a consolidação dos princípios e valores do SUS através de mudanças nas práticas e gestão da saúde.

Rios e Schraiber (2012) afirmam que mesmo a humanização sendo elevada à condição de política pública através da PNH, a realidade diária dos serviços de saúde demonstra uma reiterada situação paradoxal: o reconhecimento da importância da humanização na saúde como uma unanimidade e a sua prática como uma verdadeira militância. Atestam também que é surpreendente a dificuldade de fazer circular valores éticos e atitudes mais investidas de sensibilidade e compreensão para lidar com a doença e o sofrimento humano.

Assunção *et al.* (2008), reconhecem que, em palavras, individualizar cada paciente pode parecer uma tarefa fácil, porém, em termos práticos, essa tarefa é mais complexa do que se pode supor. Apontam que, ainda no primeiro período, o aluno de medicina vai a uma enfermagem e utiliza somente o que é inato a ele, sem interferência de técnicas, já no último período, ele emprega em sua prática um cuidar mais complexo, uma vez que a intensa teorização acaba por reduzir a dimensão do cuidar ao tratar, fazendo com que o tratamento foque somente a patologia, não mais o homem. Assim, consideram que “uma teorização dos problemas encontrados nas duas partes do todo, corpo e mente, já seria um avanço na conscientização do estudante de que ambos, concreto e abstrato, existem e devem ser considerados com a mesma seriedade e o mesmo respeito” (Assunção *et al.*, 2008, p. 389).

Nesse sentido, Foucault (2013) assegura que o doente acrescenta, como uma forma de ‘perturbação’, as suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos progressos à essência da própria doença e todos esses fatores interferem na verdade do fato patológico e ainda afirma que: “o doente é a doença que adquiriu traços singulares” (Foucault, 2013, p. 15). Diante de tamanhas especificidades que envolvem um indivíduo doente, Ayres (2006) afirma que não será possível transformar as práticas de saúde se não for afastada a desconfortável estabilidade acrítica dos critérios biomédicos que são utilizados para avaliar e validar as ações na saúde.

Martins (2004) considera que a crença na Ciência tende a levar o médico, consciente ou inconscientemente, a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e, por conseguinte,

diante do próprio paciente. Aquele passa a ser visto como devendo necessariamente submeter-se a sua tutela, de modo por vezes incondicional. Para Verdi e Caponi (2005, p. 86) delegar ao profissional de saúde a definição dos problemas de saúde, a escolha das estratégias a seguir e as decisões a tomar é como se tais decisões tivessem valor puramente técnico, caracterizando um “risco real de expropriação da saúde”.

Kunkel (2003, p.198) questiona “como é que se pode falar em humanização se a pessoa fica insignificante diante do médico?”. Ainda afirma que o paciente não tem como reagir e assumir a protagonismo de sua própria saúde se a relação com o profissional de saúde que o acompanha é marcada pela submissão e inibição do seu saber e não lhe oferece possibilidade de iniciativa. Nesse sentido, Ceccim e Capozzolo (2004, p. 349) apresentam a noção de clínica como resistência e criação. “*Resistência* à sujeição, à dependência ou à heteronomia dos usuários e *criação* como potência inventiva de cenários produtores de saúde, de tecnologias leves e de novidades estéticas à afirmação da vida”. Sobre essa noção de clínica ainda afirmam que “(...) Falta-nos, e sobre isso não temos dúvida, uma transformação na educação dos profissionais de saúde que seja capaz de incluir essa perspectiva da vida como critério de valor nos atos de saúde” (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004, p. 377).

Merhy (2000) em seu trabalho *Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*, explicita as valises tecnológicas que o médico utiliza em seu encontro com o paciente: a primeira está vinculada a sua mão e refere-se às ferramentas tecnológicas que formam as ‘tecnologias duras’; a segunda está em sua cabeça e correspondem aos saberes e expressam uma caixa formada por ‘tecnologias leve-duras’ e, por fim, a terceira que está presente na relação médico-paciente, que contém ‘tecnologias leves’ implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos e que só tem materialidade em ato.

A valise das ‘tecnologias leves’ apontadas por Merhy (2000) envolvem aspectos que são fundamentais para o exercício da prática médica, pois, por mais que o profissional de saúde tenha uma base sólida de conhecimentos técnico-científicos e possua os instrumentos/equipamentos de trabalho necessários para uma avaliação médica, é imprescindível conhecer a história do sujeito que procura o seu atendimento e como os aspectos sociais e psicológicos interferem em sua saúde e em seu processo patológico.

Giglio (2007) apresenta alguns argumentos a favor das tecnologias leves: (1) aumento da eficácia médica – prescrição de uma

terapêutica que o paciente poderá cumprir; (2) maior satisfação do profissional de saúde e do paciente – o profissional de saúde também irá poder desfrutar do prazer de conhecer realidades diferentes e adquirir outros conhecimentos que irão intensificar o seu crescimento pessoal; (3) dar um senso de finalidade ao trabalho médico.

Minayo (2008, p. 191) assegura que “nunca há humano sem significado assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno”. Assim, o acerto clínico e o benefício que o profissional de saúde pode fazer ao paciente dependem de quanto ele for capaz de perceber os significados que a vida, a doença, a figura do médico, a saúde ou a integridade corporal adquiriram na história de vida do paciente (Pessoti, 1996).

Foucault (2013, p. 16) afirma que:

Médico e doente estão implicados em uma proximidade cada vez maior e ligados, o médico por um olhar que espreita, apóia sempre mais e penetra, e o doente pelo conjunto das qualidades insubstituíveis e mudas que nele traem, isto é, mostram e variam, as belas formas ordenadas da doença. Entre as características nosológicas e os traços terminais que se lêem no rosto do doente, as qualidades atravessam livremente o corpo.

Sabe-se que, atualmente, a sociedade expressa certa frustração com o desempenho humanístico dos profissionais de saúde, uma vez que priorizam o aspecto técnico da profissão em detrimento do seu componente relacional (Serodio e Maia, 2009). Essa insatisfação demonstra, mais uma vez, a importância da discussão em termos efetivos da temática da humanização, uma vez que os pacientes devem ser respeitados e avaliados holisticamente para que todas as dimensões que envolvem o seu adoecimento sejam compreendidas.

De acordo com Foucault (2013, p. XV) “estamos historicamente consagrados à história, à paciente construção de discursos sobre os discursos, à tarefa de ouvir o que já foi dito”. De fato, os discursos sobre a importância da humanização das práticas médicas são bem estruturados e reconhecidos tanto pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos pacientes; as carências estruturais, éticas e

relacionais são explicitadas pelas diferentes mídias e enfaticamente é enunciado que a concepção humanística é o objetivo que deve ser perseguido pelos serviços de saúde. Entretanto, tantas pretensões e discursos se perdem em palavras, políticas e publicações, pois, sabe-se que ainda muito pouco tem sido feito efetivamente para a mudança desse quadro.

Pessoti (1996) alerta que não quer dizer que o profissional de saúde deva ser um “humanitário”, mas, sim, em alguma medida, um “humanista”, um conhecedor do que constitui a essência da “natureza humana”: a criação de valores, a atribuição de significado e sentido aos eventos e condições da vida. Para isso, porém, é necessário que os conhecimentos técnico-científicos estejam articulados com o desenvolvimento de habilidades relacionais e trabalhados tanto em seus aspectos teóricos quanto práticos nos campos de estágio através do contato do estudante com os pacientes. Embora não seja a garantia e nem a única solução para esse problema, a discussão da própria PNH, não como uma disciplina, mas de forma transversal nos currículos dos profissionais de saúde, poderia ser uma estratégia para enfraquecer a hegemonia do modelo biomédico, uma vez que a humanização valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e reconhece o outro como cidadão de direito.

Ter como base curricular uma política abrangente como PNH seria importante para uniformizar a definição do conceito de humanização e, dessa forma, escapar de definições rasas e muitas vezes associadas à concepção romântica do cuidado. Casate e Corrêa (2012) ponderam que é preciso ficarmos atentos para evitar a banalização desse termo. Consideram ainda que no processo ensino-aprendizagem, é necessário que o estudante desenvolva, mesmo que em nível inicial, alguns elementos teóricos sobre o ser humano para potencializarem sua visão crítico-reflexiva e viabilizarem propostas de humanização do cuidado que realmente considerem os princípios fundamentais do SUS.

Apesar de ter sido implantada há mais de 10 anos, percebe-se que a PNH, apesar de seu potencial transformador, permanece em latência, os resultados oriundos de sua implantação ainda são tímidos e o desconhecimento e/ou silenciamento dessa política nos diferentes territórios e até mesmo nas universidades demonstram o quanto ainda é preciso trabalhar para aumentar a sua extensividade. Destarte, a necessidade de humanizar os serviços de saúde é considerada uma unanimidade entre os profissionais e gestores de saúde e,

principalmente, entre os usuários, porém, encontrar uma forma de efetivá-la ainda é um grande desafio.

Embora se reconheça que, dentre outras causas, as questões estruturais dificultam enormemente o exercício profissional e também comprometem a oferta de um serviço humano e de qualidade, é inegável a necessidade de uma formação humanística-científica para um assistência mais humanizada. Como menciona **C2**:

“(...) Precisa ampliar muito! Se não na formação a gente vai continuar reproduzindo o modelo nos serviços, né! Vai continuar formando profissionais centrados no modelo hospitalocêntrico. Precisa melhorar, precisa ampliar os processos formativos”.

Oliveira e Koifman (2004) acreditam que somente uma política de formação de pessoal na área da saúde vinculada à política institucional maior garantirá a consolidação de um modelo de assistência em que a qualidade da atenção e a satisfação dos sujeitos envolvidos sejam compreendidas como meta principal. Ceccim e Capozzolo (2004) afirmam que uma política intersetorial da saúde com a educação iria estimular e favorecer o aprendizado profissional, articulando o processo formativo com o mundo do trabalho e com as práticas sociais de saúde.

Um projeto de formação que visa ao desenvolvimento da apropriação do sistema de saúde nacional e ao desenvolvimento de capacidades para a oferta de atenção integral e humanizada aos usuários das ações e dos serviços de saúde, ambas condições fundamentais à conquista da qualidade e da resolubilidade das práticas sanitárias, indica a necessidade de fazer coincidir as diretrizes curriculares nacionais com as diretrizes e princípios defendidos pela sociedade para o sistema de saúde (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004, p. 354).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário em que se encontra a saúde pública brasileira demonstra a necessidade crescente de medidas que visem a minimizar o sofrimento dos usuários que, embora revestidos de direitos sociais, encontram-se em uma arena em que lutam por algo que já fora conquistado e garantido constitucionalmente, mas que, não raras vezes, lhes é negado. De outro lado, estão os trabalhadores da saúde que cotidianamente lidam com a precarização das condições de trabalho e com o autoritarismo das relações e das instituições. Esses conflitos e desafios do SUS sinalizam que a Reforma Sanitária iniciada em 1988 ainda não se completou.

Nesse âmbito, em 2003, o MS apresenta a PNH como uma ferramenta precípua para a defesa do SUS. Apesar de crer que a intencionalidade da PNH seja de qualificar o SUS, questionamos o fato de seu surgimento. Por que criar uma política de humanização quando temos uma lei orgânica da saúde, a lei 8080, que afirma a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado? Será que a lei 8080, mesmo sem trazer o conceito de humanização à tona, não seria suficiente para garantir uma atenção e gestão humanizada dos serviços de saúde? Se uma lei com tamanha dimensão e potencialidade, escrita com base nas discussões sociais de uma das maiores Reformas Sanitárias do país, ainda não foi capaz de desestabilizar os territórios de poder e os modos instituídos de relações de trabalho, uma nova política seria capaz de fazê-lo?

De acordo com Heckert *et al.* (2009), a PNH busca fomentar, nos atores envolvidos com a produção de saúde, o exercício de suas condições como protagonistas de análises compartilhadas e intervenções nos espaços de trabalho, superando posturas assistencialistas, estimulando a participação dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de movimentos e rodas, fortalecendo as redes e colocando em questão o sucateamento e precarização do processo de trabalho em saúde.

Contudo, os resultados encontrados neste estudo nos permitiu inferir que apesar do potencial transformador das práticas de atenção e gestão que a PNH oferece para a consolidação do SUS, a sua efetivação ainda enfrenta grandes desafios, uma vez que a lógica hegemônica de produção de saúde encontra-se alicerçada num modelo autoritário, em que os poderes instituídos demasiadamente engessados não favorecem a

autonomia e o protagonismo dos sujeitos nem tampouco a democratização institucional.

Nesse sentido, destacar não somente os avanços, mas, sobretudo, os desafios e paradoxos para a implementação da PNH é, em certa medida, uma forma de fortalecer a própria política, uma vez que para criar estratégias de enfrentamento não basta apenas explorar as potencialidades, é necessário também identificar as fragilidades que limitam o processo. Como afirma Feuerwerker (2002, p. 21), “na construção da possibilidade de mudar, no próprio processo de mudança em sua consolidação, é preciso ativamente acumular poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias”.

Dentre os desafios apresentados pelos consultores da PNH, emergiram as seguintes subcategorias que foram discutidas no Capítulo I: *as forças e fraquezas da não institucionalização da PNH; o impasse da ausência de financiamento; as discontinuidades provocadas pela alternância de poder; cultura autoritária e poder biomédico como cerceadores da humanização; a democratização institucional como ameaça e a temporalidade da humanização dos processos.*

O discurso dos consultores evidenciou os méritos da PNH, mas também os seus gargalos e ineficiências. Muitos dos desafios apresentados fazem parte do jogo das políticas públicas, outros, entretanto, falam das disputas entre uma lógica gerencial verticalizada e uma nova forma de gerir pautada nos princípios da democratização institucional. Sobre essa disputa, e indo ao encontro do que fora apresentado pelos consultores, Matias (2012) considera que a superação da racionalidade gerencial e também do modelo biomédico são dois importantes desafios para a humanização nos termos formulados pela PNH, uma vez que desconsideram o processo de produção de subjetividades e o direito ao desenvolvimento integral como eixos norteadores de suas práticas.

Assim, podemos concluir que a desestabilização dos poderes instituídos é o principal desafio que os consultores da PNH, trabalhadores de saúde e usuários devem enfrentar para a (re)construção de um sistema público de saúde mais lateralizado, sensível a participação dos sujeitos e movimentos sociais no processo de produção de saúde e atento às singularidades que circunscreve os territórios e os seus processos.

Desviar-se de ações totalizadoras e “inamptianas” é fulcral para que a PNH não perca o seu caráter instituinte no interior da máquina do Estado. Contudo, precisamos reconhecer que, embora resista, a PNH, em alguma medida, já está capturada por essa máquina,

uma vez que a forma como o Estado está organizado politicamente limita o avanço da política e fortalece o autoritarismo institucional.

No que concerne ao cenário micropolítico da humanização, em Januária – MG, os problemas financeiros parecem suplantar toda a intencionalidade de alterar o modelo de atenção e gestão. A atenção e a maior parte dos recursos são destinados para a média complexidade, dessa forma, a Atenção Primária, que deveria ser a porta de entrada do sistema, fica negligenciada e, por conseguinte, reforça a cultura hospitalocêntrica da população e desmantela toda a rede de saúde local.

Os trabalhadores do SUS do município queixam da falta de respeito com que são tratados e se mostram insatisfeitos com a racionalidade gerencial assumida, uma vez que consideram-na centralizadora e impermeável as subjetividades que permeiam o processo de trabalho. Reclamam das condições precárias e da falta de materiais para execução de procedimentos básicos na ESF e também da falta de capacitações tanto sobre humanização quanto de outras temáticas (aqui pensamos a capacitação como uma forma de empoderamento de sujeitos e não como uma prática vertical e desprovida de sentido prático). O resultado dessas insatisfações tem sido a desmotivação dos trabalhadores mencionada por eles próprios e também percebida pelos gestores, sendo inclusive, apresentada por estes como um desafio para execução da política de saúde local.

Brasil (2012) reconhece que no percurso da construção do SUS houve muitos avanços, contudo ainda existem problemas que persistem impondo a urgência do aperfeiçoamento do sistema ou da mudança de rumos. Entre os desafios para a qualificação do SUS, Brasil (2012) destaca a desvalorização dos trabalhadores da saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente, a necessidade de ampliação do acesso aos serviços e bens de saúde, além da corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários no processo de gerir e cuidar.

Esses desafios esboçam, de fato, a realidade de Januária – MG. Como fora exposto no capítulo II, esse município concentra um dos piores índices do IDSUS do estado de Minas Gerais e é perpassado por problemas de ordem técnica e gerencial que comprometem sobremaneira a execução da política pública de saúde. É urgente a necessidade de mudanças. Para isso, porém, é necessário um estranhamento das formas de conduzir a política de saúde local a fim de construir novos modos de fazer saúde, resistindo ao modelo duramente instituído.

Como afirma Brasil (2012), as mudanças no modelo de atenção não se darão se não houver, ao mesmo tempo, mudanças no modelo de gestão. Sobre essa questão, Heckert *et al.* (2009) observam que gerir e cuidar são aspectos complementares e superar essa dicotomia significa defender a dupla interferência que altera tanto as práticas de cuidado a partir da problematização do seu processo de trabalho, quanto modifica os modelos de gestão, ao impor a atitude analítica e de cuidado com os sujeitos implicados no trabalho em saúde.

Em relação a isso, Campos (2000) afirma que a construção da democracia é alcançada através da ampliação da capacidade de análise e intervenção do sujeito e dos grupos. Considera que um agente isolado não é capaz de produzir democracia, sendo esta um produto social que sofre influência das correlações de força, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. “A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisão. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição” (CAMPOS, 2000, p. 41).

Em relação à disputa de sentido do termo humanização, Matias (2012) afirma que em uma parte significativa das produções acadêmicas e das ações de formação da saúde, o referido termo encontra-se associado ao campo subjetivo das relações, com idealização dos sujeitos, fugindo da perspectiva apresentada pela PNH. Neste estudo, ficou evidente a polissemia que o termo assume através da fala dos trabalhadores e gestores de saúde de Januária – MG que, com maior frequência, o relacionou com o acolhimento, restringindo-se a dimensão do cuidar. Assim sendo, a ressignificação do termo é essencial para que o movimento da humanização das práticas de atenção e gestão seja desviado de uma possível idealização do humano e passe a ser compreendido como um processo de caráter instituinte e que se constrói coletivamente através da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde.

Essa polissemia, no caso específico de Januária – MG, pode ser justificada pelo desconhecimento da maioria dos gestores e trabalhadores da saúde entrevistados da existência de uma política de humanização. Dada às dimensões continentais do Brasil, os consultores responsáveis pelo apoio institucional da PNH no SUS ainda estão distantes dos territórios e a política ainda silenciada em muitos deles.

Este estudo identificou que a abordagem sobre a humanização e o próprio SUS ainda é bastante limitada nas academias; os currículos ainda estão demasiadamente voltados para competências técnico-

científicas e isso, conseqüentemente, reitera o modelo biomédico e formam profissionais alheios ao sistema público brasileiro. Entendemos, portanto, que toda essa discussão que envolve a humanização deveria ser iniciada no interior das instituições formadoras a fim de que os profissionais formados por elas conheçam a PNH e os seus desdobramentos na atenção e gestão, se alinhem com a proposta, reconheçam a sua potência e, junto com os demais atores, contribuam para a construção de vínculos solidários e a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) consideram que a formação não pode ter como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar, além disso, desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

Nas academias, podemos perceber que, muitas vezes o SUS é explorado unicamente como um campo de prática dos estudantes sem que haja, necessariamente, uma problematização do contexto vivenciado ou um debate sobre o SUS enquanto política pública. Sobre isso, Feuerwerker (2002) afirma que a universidade transforma os serviços de saúde em espaços privilegiados de aprendizagem, os “coisificam” e os reduz ao “estatuto de cenários físicos”, estabelecendo uma relação de subjugação entre universidade e serviços.

Diante dessa relação acrítica, os profissionais de saúde são formados desligados das propostas do SUS e pouco comprometidos com a defesa de seus princípios. Dado que a contribuição desses sujeitos é determinante para a construção do SUS conforme pretende a lei 8080, repensar os currículos é imperioso para que ocorra uma transformação das práticas profissionais e dos próprios serviços públicos de saúde.

Sobre isso, Heckert *et al.* (2009, p. 497) afirmam que para alguns autores e também para gestores e profissionais de saúde “a formação dos profissionais é aludida como estratégia privilegiada para que se promova a alteração das práticas de saúde”. Assim sendo, é fulcral que haja uma interlocução mais fortalecida entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação a fim de garantir o preceito constitucional que cabe ao SUS de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Os projetos político-pedagógicos dos cursos da área médica devem resistir às forças e interesses do mercado e almejar, sobretudo, a formação de profissionais em condições plenas para atuarem e defenderem o SUS.

Embora um dos pontos fortes da PNH seja a proposta da democratização institucional, Campos (2000) aponta que

(...) apesar do inegável apelo ético desta perspectiva democrática, o seu desenvolvimento depende de reforma intelectual e moral; e sobretudo, da instauração de convenções, normas e leis que a sustentem. Sem dúvida, a alteração de contratos sociais dominantes é dependente de movimentos políticos (amplos e moleculares), de luta e de negociação, de oposição e de composição, de alguns interesses e valores contra outros valores e interesses (CAMPOS, 2000, p. 45)

Embora a PNH apresente tecnologias que visam ao fortalecimento do SUS, é indispensável que as demais políticas de saúde do MS discutam mais profundamente a humanização e encontre mais pontos de interseção com a PNH, reforçando-a nos territórios. Como fora apontado no capítulo I, grande parte dos consultores percebem uma tensionalidade entre a lógica da PNH e o modo de fazer das outras políticas de saúde. Nos territórios, essa incongruência se reflete mais fortemente, uma vez que os gestores veem pouca ou nenhuma correspondência entre a PNH e as políticas do MS, assim, focam prioritariamente nos aspectos quantitativos da produção de saúde em detrimento da qualidade dos processos e da valorização do trabalho e do trabalhador. Portanto, é importante que as políticas do MS apresentem-se nos territórios respeitando as suas singularidades e, sobretudo, alicerçadas aos princípios da PNH a fim de fomentar nos gestores e trabalhadores do SUS um modo mais reflexivo e cogido de executar as políticas de saúde.

Acreditamos, por fim, que o movimento constituinte que disparou a criação do SUS deve ser resgatado, uma vez que é necessário buscar novos modos de fazer saúde. Não se pretende aqui sugerir um modelo “mais humano” de produzir saúde e, considerando a heterogeneidade de nosso país, tampouco acreditamos que deva existir um único modelo para isso. Ao contrário, também apostamos no caráter

estético da PNH, na criação e recriação das formas de fazer saúde conforme as singularidades do contexto, fomentando a corresponsabilização dos sujeitos e setores envolvidos nesse processo.

Ao mesmo tempo, porém, é preciso enfrentar os desafios outrora apresentados. Uma proposta com a robustez da PNH pressupõe embates e disputas de poder acirradas para que possa, de fato, reverter uma lógica já naturalizada nas instituições formadoras e nos serviços de saúde. Logo, a PNH, por si só, não dará conta de suplantar tantos entraves, sendo fulcral, portanto, esforços multissetoriais para a criação de propostas exequíveis que permitam a reconstrução do modelo de saúde, tornando o SUS, de fato, universal, integral, equânime e “humano”.

REFERÊNCIAS

ALVEZ-MAZZOTTI, Alda Judith. **Representações sociais**: aspectos teóricos e aplicações à educação. Revista Múltiplas Leituras, v.1, n. 1, p. 18-43, jan./jun., 2008.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith e GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ARRETCHE, Marta. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

ARRUDA, Ângela. **Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p. 127-147, nov., 2002.

ASSUNÇÃO, Luciana Farrapeira de; MELO, Gabriela Couto Maurício de Paula; MACIEL, Dione. **Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 3, p. 383–389, 2008.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2006, p. 49-83.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza; FERIGATO, Sabrina; SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. **A formação médica em debate**: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. Interface (Botucatu), v.17, n.44, p. 187-200, jan./mar., 2013.

BAHIA, Lúgia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e**

Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011, 279p.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, Maria Elizabeth Barros; GOMES, Rafael da Silveira. **Humanização do cuidado em saúde:** de tecnicismos a uma ética do cuidado. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23, n. 3, p. 641-658, set./dez., 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo (a). **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Ciênc. saúde colet., v. 10, n. 03, p. 561-571, 2005.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo (b). **Humanização na saúde:** um novo modismo? Comunic, Saúde, Educ., v. 09, n. 17, p. 389-394, mar./ago., 2005.

BOURDIEU, Pierre. Estrutura, hábitos e prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu/Sociologia.** Trad. Paula Monteiro e Alcía Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983, p. 60-81. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de Carvalho; BINDER, Maria Cecília Pereira. **Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP).** Ciênc. saúde colet., v. 15, supl. 1, p.1585-1596, 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080,** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Educação à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (c). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de trabalho de humanização**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL (d). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMELO, Silvia Helena Henriques; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; SILVA, Vânea Lucia dos Santos; ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti. **Riscos psicossociais em equipes de Saúde da Família**: carga, ritmo e esquema de trabalho. Rev. enferm. UERJ, v. 20, n. 2, p. 733-738, dez., 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O anti-Taylor**: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez., 1998.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000, 229p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, 185p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?**. Ciênc. saúde colet., v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAREGNATO, Rita Catalino Aquino e MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enferm., v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez., 2006.

CASATE, Juliana Cristina e CORRÊA, Adriana Katia. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação**. Rev Esc Enferm USP., v. 46, n. 1, p. 219-26, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves *et al* (Org.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política**

Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006. 417 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciênc. saúde colet., v. 09, n. 01, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira . **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Ciênc. saúde colet., v. 10, n. 03, p. 615-626, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira e MITRE, Rosa Maria de Araújo. **Processo comunicativo e humanização em saúde.** Comunic., Saude, Educ, Rio de Janeiro, v. 13, supl 01, p. 641-9, 2009.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilema Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica:** os casos de Londrina e Marília. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.) **Educação Médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 99-113.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica.** 7ªed. Rio de Janeiro: Ed Forense Universitária, 2013.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado.** São Paulo: UNESP, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ªed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GARCIA, Ademir Valdenar, *et al.* **Humanizar o humano**: bases para a compreensão da proposição de humanização na assistência à saúde. R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v.2, n.1, p. 70-90, jan./jul., 2009.

GHELLERE, J.L.P. Implantação de projetos no Hospital Ministro Costa Cavalcanti para Humanização Hospitalar. *Recenf.*, n.11, v.2, p. 200-208, 2004 *apud* GURGEL, Wildoberto Batista e MOCHEL, Elba Gomide. **As origens da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção em Saúde no Brasil**. Ciências Humanas em Revista, v.5, n.2, p. 71-93, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GILL, Rosalind. Análise de Discurso. In: BAUER, Martin W, GASKELL, George (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIGLIO, Auro del. **Medicina e Humanismo**. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2007, v. 53, n. 03, p. 189-207.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim *et al.* **Cuidar e ser cuidado**: relação terapêutica interativa profissional-paciente na humanização da saúde. *Rev APS.*, v. 14, n. 4, p. 435-446, out./dez., 2011.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SILVA, Narbal. Motivação no trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bitencourt (Org.). **Psicologia**,

Organizações e Trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 145-176.

GONDIM, Sônia Maria Guedes; SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias. Emoções e Afetos no Trabalho. In: ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antônio Virgílio Bitencourt (Org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 207-236.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia e CHIARI, Brasília Maria. **Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão.** Ciênc. saúde colet., v. 15, n. 1, p. 255-68, 2010.

GROSSEMAN, Suely; KARNOPP, Zuleica Maria Patrício. Relação médico-paciente, terapêutica e a formação médica: a ética, a cidadania e o cuidado nas interações. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.) **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação.** São Paulo: Hucitec, 2011, p. 131-173.

GUIMARÃES, Reinaldo. Ciência, Tecnologia e Inovação: um paradoxo na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

GURGEL, Wildoberto Batista e MOCHEL, Elba Gomide. **As origens da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção em Saúde no Brasil.** Ciências Humanas em Revista, v.5, n.2, p. 71-93, dez., 2007.

HAIR JR, Joseph F. *et al.* **Fundamentos de Pesquisa de Marketing.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

HECKERT, Ana Lucia Coelho; PASSOS, Eduardo Henrique; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Um seminário positivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate.** Comunic., Saude, Educ, v.13, n.1, p.493-502, 2009.

HOROCHOVSKI, Marisete Teresinha Hoffmann. **Representações Sociais**: Delineamentos de uma Categoria Analítica. Em Tese, v. 2, n. 1, p. 92-106, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010.

Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313520&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 14 maio 2014.

ILLICH, Ivan. **Expropriação da Saúde**: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JUSTO, Adriana Maiarotti. **A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde**. Sociedade em Debate, v. 16, n. 1, p. 139-154, 2010.

KOIFMAN, Lilian. **O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense**. História, Ciências, Saúde, Mangueiras, 2001, v. 08, n. 01, p. 48-70, mar./jun., 2001.

KUNKEL, Maria Beatriz. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de textos do projeto-piloto VER-SUS Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 197-211.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

LOTTEMBERG, Claudio. **A saúde brasileira pode dar certo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 128 p.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Configuração Institucional e o Papel dos Gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lúcia de. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARINS, João José Neves. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, João José Neves *et al* (Org.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 97-108.

MARTINS, André. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.21-32, 2004.

MATIAS, Maria Cláudia Souza. **A dimensão ético-política da Humanização no discurso de egressos da Formação de Apoiadores Institucionais de Santa Catarina**. 2012. 119f.. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**. Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 06, p. 109-116, fev., 2000.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de textos do projeto-piloto VER-SUS Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 80-99.

MESQUITA, Denise Tavares de; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. **Satisfação profissional do gerente na Estratégia Saúde da Família**. RAS, v. 15, n. 59, p. 63-70, abr./jun., 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Contribuições da antropologia para pensar a saúde**. In: Tratado de Saude Coletiva. Hucitec/Fiocruz: Sao Paulo/Rio de Janeiro, 2008, p. 189- 218.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato**. Comunicação Saúde Educação, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil**. Interface, 2013.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NOGUEIRA, Fernando do Amaral. **Continuidade e Descontinuidade Administrativa em Governos Locais: fatores que sustentam a ação pública ao longo dos anos**. 2006. 139f.. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, Gilson Saippa e KOIFMAN, Lilian. **Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação**. In: MARINS, João José Neves *et al* (Org.). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 97-108.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 122-149.

ORTIZ, Renato (Org.). **Pierre Bourdieu/Sociologia**. Trad. Paula Monteiro e Alcía Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983, p. 60-81. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

PAGLIOSA, F. L. e DA ROS, M. A. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa e LIMA, Júlio César França (Org). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PALHETA, Rosiane Pinheiro e COSTA, Roberta Justina. **Caminhos da Humanização Hospitalar em Manaus: os trabalhadores na roda**. Saúde Soc., v. 21, supl.01, p. 253-264, 2012.

PASCHE, Dário Frederico. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar**. Interface, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, Dário Frederico, *et al.* **Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil**. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Rev. Saúde públ. Santa Cat., v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008.

PESSOTI, Isaias. **A formação humanística do médico**. Medicina, v. 29, p. 440-448, out./dez., 1996.

POUPART, Jean *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

RESENDE, Alvaci Freitas. **Humanização em ambiente da atenção básica à saúde: representações sociais de Agentes Comunitários de**

Saúde. 2007. 92f.. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes. Aracaju, 2007.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas e AMARAL, Carla Faria Santos. **Medicina centrada no paciente e ensino médico:** a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 32, n.1, p. 90-97, jan./mar., 2008.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde:** prática e reflexão. São Paulo: Ed Áurea, 2009.

RIOS, Izabel Cristina e SCHRAIBER, Lilia Blima. **Humanização e humanidades em medicina:** a formação médica na cultura contemporânea. 1ª Ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2012

RODRIGUES, Paulo Henrique e SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e Cidadania:** uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, 2011. 210p.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde:** uma abordagem histórica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 21, n. 1, p. 37-59, jan./mar., 2014

SALGADO, Ana Cristina Soeiro; PENA, Ricardo Sparapan; CALDEIRA, Luiz Wagner Dias. **Apoio institucional e militância no Sistema Único de Saúde (SUS):** refletindo os desafios da mobilização dos sujeitos na produção de saúde. Comunic., Saude, Educ, 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Sistema Único de Saúde - 2010:** espaço para uma virada. O Mundo da Saúde, v. 34, n. 1, p. 8-19, 2010.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde:** aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc. saúde coletiva, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. **A Política Nacional de Humanização**

como política que se faz no processo de trabalho em saúde.

Comunic., Saude, Educ., 2009, v.13, supl.1, p.603-13.

SERODIO, Aluisio e MAIA, José A. **Do humanismo à ética:** concepções e práticas docentes na promoção do desenvolvimento moral do estudante de medicina. Revista Bioética, v. 17, n. 02, p. 281-296, 2009.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da; OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. **Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica:** impactos e perspectivas. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 389-401, mai./ago., 2007.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida; PIRES, Armando Cipriano. Modelagem tecnoassistencial em saúde no Brasil. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.) **Educação Médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 83-98.

SOARES, Adilson e SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma.** Saúde Debate, v. 38, n. 100, p. 18-25, jan./mar., 2014.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível:** estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. Ciênc. saúde coletiva, v. 14, n. 3, p. 911-918, 2009.

SOUZA, Waldir da Silva e MOREIRA, Martha Cristina Nunes. **A temática da humanização na saúde:** alguns apontamentos para debate. Comunic., Saude, Educ., v. 12, n. 25, p. 327-338, 2008.

SOUZA, Ruy Guilherme Silveira de. Estratégia de mobilização para as transformações curriculares. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.) **Educação Médica:** gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011, p. 67-82.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia;

EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

TESSER, Charles Dalcanale. **Três considerações sobre a “má medicina”**. Comunic., Saude, Educ, v.13, n.31, p.273-86, 2009.

UGÁ, Maria Alícia e MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimento In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

VECINA NETO, Gonzalo e REINHARDT FILHO, Wilson. **Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

VERDI, Marta e CAPONI, Sandra. **Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética**. Texto Contexto Enferm, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar., 2005.

YAHN, Pedro Ivo Freitas de Carvalho. **O apoiador caipira: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares**. 2013. 120f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista. Assis, 2013.

ZANOLLI, Maurício Braz. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica**. In: MARINS, João José Neves *et al* (Org.). Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 40-61.

APÊNDICE A – Instrumento para a Coleta de Dados

A – Roteiro semi-estruturado para entrevista com os gestores e trabalhadores do SUS do município de Januária – MG

1 – Você já participou de alguma oficina/capacitação sobre a humanização no serviço em que trabalha?

() Sim () Não

1.1 – Se sim, o que fora discutido nessa oficina/capacitação? (como a humanização foi apresentada para os trabalhadores de saúde).

2. Qual o seu entendimento sobre humanização da clínica e gestão dos serviços?

3. Na sua formação acadêmica, a discussão dos aspectos humanísticos que permeiam a prática do cuidado era abordada no currículo ou pelo próprio professor nas aulas teóricas e/ou práticas? De que maneira?

4. De acordo com a sua compreensão de ‘humanização’, quais os problemas que você percebe no serviço que impactam na consecução de um cuidado e gestão humanizados?

5. Os gestores incentivam a participação dos trabalhadores e usuários na tomada de decisão?

6. Você conhece a Política Nacional de Humanização?

() Sim () Não

B – Roteiro semi-estruturado para entrevista com os Consultores da PNH

1 – Em que consiste humanizar os serviços de saúde?

2 – Por que surgiu a necessidade de se criar uma Política Nacional de Humanização?

3 – Quais os problemas enfrentados pelos consultores e apoiadores para a capilarização da PNH?

4 – A academia tem contribuído para formação de profissionais de saúde que contribuam com as prerrogativas da PNH?

4.1 – Como transversalizar a discussão da humanização nos currículos?

5 – A gestão nos diferentes níveis dos serviços de saúde favorece/incentiva a humanização?

6 – A ausência de uma portaria que institua a PNH ou o fato da política não envolver repasse de recurso pode ser um fator relevante para que os gestores não priorizem a pauta da humanização em seu projeto político?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação em Pesquisa

Caro(a) Participante:

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada ‘Humanização dos serviços de saúde: avanços, paradoxos e desafios’. O objetivo deste estudo é identificar e analisar os fatores facilitadores e dificultadores da articulação da Política Nacional de Humanização (PNH) nas práticas de atenção, gestão e formação acadêmica sob a ótica dos Consultores do Ministério da Saúde e trabalhadores do SUS. Os resultados desta pesquisa contribuirão para incentivar a produção de novos conhecimentos e a formação de novas estratégias/dispositivos para a efetivação dos princípios da PNH na atenção e gestão dos serviços de saúde.

Ao aceitar fazer parte desta pesquisa, o(a) senhor(a) será convidado(a) a participar de uma entrevista semi-estruturada que será previamente agendada conforme a sua disponibilidade e realizada individualmente. Essa entrevista será gravada na forma de áudio, transcrita na íntegra e, em seguida, será apagada. Para o tratamento dos dados gerados, será utilizada a Teoria das Representações Sociais e, para obtenção dessas representações, será realizada uma análise de discurso.

É importante ressaltar que o seu nome não será utilizado/revelado em nenhum momento da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Nenhum valor financeiro será oferecido para os participantes desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco ou desconforto, nesta pesquisa podem estar relacionados ao constrangimento de se recusar participar do estudo, à revelação de questões de cunho pessoal e a necessidade de disponibilizar um tempo para a aplicação do instrumento de coleta de dados. Para minimizar esses incômodos, ressalta-se que o participante poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento (antes, durante ou depois) sem prejuízo para si mesmo e para a pesquisa; as entrevistas serão agendadas conforme a sua disponibilidade e reitera-se a confidencialidade de todas as informações oferecidas no estudo.

Essa pesquisa trará como benefícios o fornecimento de informações que incentivem a produção de novos conhecimentos e disparem a elaboração de novas estratégias para a efetivação dos princípios e diretrizes da PNH nos diferentes territórios a fim de qualificar a atenção e gestão dos serviços públicos de saúde.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal, Patrícia de Sousa Fernandes. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FUNORTE na Av. Osmane Barbosa, 11.111 Bairro JK, Montes Claros - MG, **telefone: (38) 2101-9292** ou **e-mail: cepfunorte@gmail.com**.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ confirmo que Patrícia de Sousa Fernandes explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

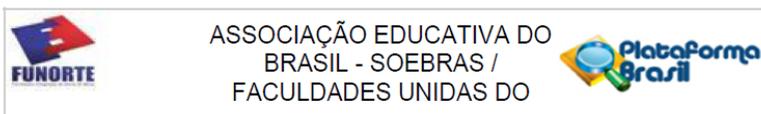
_____, ____ de _____, 2014

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, Patrícia de Sousa Fernandes, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Patrícia de Sousa Fernandes - Pesquisadora Responsável

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Humanização dos serviços de saúde: avanços, paradoxos e desafios

Pesquisador: Patrícia de Sousa Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 32381714.3.0000.5141

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 776.323

Data da Relatoria: 25/08/2014

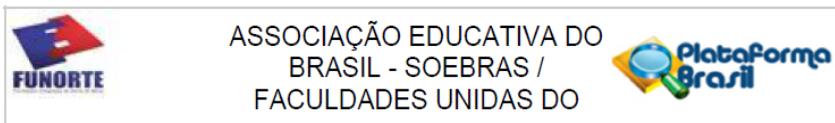
Apresentação do Projeto:

Percebe-se que os problemas que envolvem a efetivação da humanização dos serviços de saúde perpassam não apenas as questões metodológicas e gerenciais que, por si só, já demandam um enorme esforço, mas também os aspectos que envolvem a formação acadêmica dos próprios profissionais que atuam na área da saúde. Na transição para uma medicina científica, a formação tornou-se cada vez mais especializada e perdeu o caráter pluralista. Esse fato é de grande relevância, uma vez que um dos aspectos que mais tem chamado atenção é o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. Para proceder ao presente estudo serão entrevistados os consultores da PNH e profissionais de saúde do município de Januária – MG, sendo assim, uma amostragem não probabilística em bola de neve ou snowball. Para a coleta de dados será utilizado uma entrevista semi-estruturada. As entrevistas serão previamente agendadas conforme a disponibilidade do entrevistado e realizadas individualmente. Após a autorização do participante, serão gravadas na forma de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar os avanços, paradoxos e desafios da PNH na atenção e gestão dos serviços de saúde.

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
 Bairro: JK CEP: 39.404-006
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (38)2101-9280 Fax: (38)2101-9275 E-mail: cepfunorte@gmail.com



Continuação do Parecer: 776.323

Objetivos específicos: identificar e analisar os fatores facilitadores e dificultadores da aplicação da PNH nos serviços de saúde sob a ótica dos Consultores da política do MS e profissionais de saúde; identificar e analisar o entendimento e a experiência dos Consultores da PNH e dos profissionais de saúde sobre a humanização; verificar a influência da formação profissional na (des)humanização da assistência oferecida pelos serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimo. Benefícios: Incentivar a formação de novas estratégias/dispositivos para a efetivação dos princípios da PNH na atenção e gestão dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área de Ciências da Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos são apresentados, estando de acordo com a resolução 466/12.

De acordo com a Carta Circular nº 003/2011/ CONEP/ CNS, vimos orientar sobre a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE - como instrumento de pactuação entre pesquisadores e sujeitos de pesquisa. Neste sentido, visando maior padronização de procedimento faz se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu representante e pelo pesquisador responsável - apondo suas assinaturas na última página do referido Termo no momento da coleta de dados.

Recomendações:

1 - Retire do documento "TCLE - modificado" a seguinte frase localizada no cabeçalho: "Favor encaminhar para avaliação do CEP Funorte/ Soebras".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O comitê de ética da FUNORTE /SOEBRAS analisou o presente projeto e entendeu que o mesmo está dentro das normas do comitê e das normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da saúde estando o mesmo APROVADO, lembrando ao pesquisador principal da obrigatoriedade de cumprir o cronograma e os envios dos relatórios parcial e final nas datas previstas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Osmane Barbosa, 11.111
 Bairro: JK CEP: 39.404-006
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (38)2101-9280 Fax: (38)2101-9275 E-mail: cepfunorte@gmail.com

