

CATIA PARANHOS MARTINS

POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

ASSIS

2010

CATIA PARANHOS MARTINS

POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Dr^a Cristina Amélia Luzio

ASSIS

2010

Ficha Catalográfica

Martins, Catia Paranhos.

Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS / Catia Paranhos Martins. – Assis - SP, 2010. 104 p.

Dissertação – UNESP. Mestrado em Psicologia 2010.

Orientadora: Dr^a Cristina Amélia Luzio.

1. Psicologia. 2. Saúde Pública – Brasil. 3. Saúde Coletiva. I. Luzio, Cristina Amélia, orientadora. II. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP).

CDU: 614.39(81)

CDU: 159.9:614.39(81)

CDU: 172.16

CATIA PARANHOS MARTINS

POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Dr^a Cristina Amélia Luzio
Universidade Estadual Paulista

Dr. Silvio Yassui
Universidade Estadual Paulista

Dr^a Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Assis, _____ de _____ de 2010.

Aos trabalhadores e usuários do
Hospital Universitário de Dourados
por tudo que me ensinaram.

E a Branca e Frida pela companhia...

AGRADECIMENTOS

À Nati pela dedicação, paciência e inúmeras sugestões e leituras desses escritos;

Aos meus pais, Marie e Muru, e meus irmãos, Cinthia, Raquel e Rafael, pelo permanente incentivo os meus estudos;

Aos trabalhadores, gestores e usuários do Hospital Universitário de Dourados. É impossível citar todos. Para alguns dos muitos que não abandonaram o barco ou exatamente pelo contrário: Elenita, Lucia, Carla, Terezinha, Jéferson, Jussara, Dr. Afrânio, Dr. Idalgo, Silvio, equipe do Acolhimento, da Recepção e tantos outros;

À Prof. Cristina Amélia, orientadora dessa pesquisa, que me ensinou em sua defesa de Doutorado, em 2003, que estar numa cidade pequena não é necessariamente pensar pequeno... Obrigada Cristina pela tranquilidade com que conduziu este processo!

Aos Professores Silvio Yasui e Beth Barros pelas contribuições e ensinamentos sobre a PNH e a Saúde Coletiva antes e depois do exame de qualificação;

À Beth Mori, Beth Barros e Esther Vilela, queridas companheiras da PNH, que só conheci depois;

À Prof. Marília Muylaert que sempre está tão perto e tão longe...

Aos Samuzeiros, em especial para o Dr. Irapuan e o Enf^o Samir, que suportaram e possibilitaram as minhas ausências;

Aos amigos que fiz em Assis e que espero levar para toda a vida. Obrigada Ariana, Ricardo, Anderson, Jama, Dani e Fernandinha pelas contribuições, empurrões, carinho e leituras!

À Denise, Alex e Milena pela casa, comida, roupa lavada e, principalmente, por deixarem tudo isso um pouco menos difícil. À Denise também por me convencer que eu estava pronta, mesmo quando duvidava disso;

À Família Coco, cada um a sua maneira, sempre me fazendo pensar;

À Ciça, que acompanhou minhas viagens, pelas conversas que temos sem ter.

É sempre mais difícil ancorar um navio no espaço.

Ana Cristina César

RESUMO

MARTINS, Catia Paranhos. Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS. Assis, 2010. 104p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

A humanização tem conquistado espaço no debate acadêmico da Saúde Coletiva nos últimos anos e também tem recebido destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um dos caminhos para as necessárias transformações do Sistema Único de Saúde. Nossa pesquisa é de caráter qualitativo, inspiração cartográfica, em que fazemos um exercício de reflexão sobre a nossa atuação profissional visando efetivar a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH) no Hospital Universitário de Dourados – Mato Grosso do Sul. Fizemos um breve histórico político-institucional da humanização até a sua constituição como uma política do SUS. Apresentamos os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH. Depois, promovemos um diálogo entre a nossa experiência de trabalho no hospital e as estratégias que compõem a Política. Ao longo do texto, citamos algumas situações, nomeadas por nós como recortes do cotidiano, com o intuito de demonstrar as possibilidades, os limites e os desafios que vivenciamos na instituição. Em nossa discussão utilizamos as contribuições da Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e da Saúde Coletiva, pois tratam de inovações que são reafirmadas nas propostas que constituem a PNH. Consideramos assim que a humanização contribui com o processo que está em curso na superação do modelo hegemônico, e que aposta em outros modos de produzir saúde que prescindam da tutela, do controle e da compaixão, na busca pela produção de autonomia e co-responsabilidade entre os atores.

PALAVRAS-CHAVE: SUS, humanização, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

MARTINS, Catia Paranhos. Possibilities, limitations and challenges on humanization National Brazilian Health System (*Sistema Único de Saúde*). Assis, 2010.104p. Dissertation (Masters in Psychology – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”).

Humanization has been carving its niche in academic debate of Collective Health over the last few years, and it has also been given notability by users, workers, and managers as one of the ways to perform the necessary changes in the National Brazilian Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS). Our research, which has qualitative approach and is cartographically inspired, offers us an exercise to reflect over our performance as professionals aiming to put into effect the National Humanization Policy of Care and Management – HumanizaSUS (NHP) at the University Hospital of Dourados – Mato Grosso do Sul. A detailed political and institutional report on humanization was made until its establishment as a policy of the National Brazilian Health System. The principles, policies and precepts of the National Humanization Policy were presented. Then, a dialog was promoted between our work experience at the hospital and the strategies that form the Policy. Along the text we mentioned some situations, named as daily cuttings by us, in order to display the possibilities, limits and challenges faced in the institution. We used the contributions made by the Sanitary and Psychiatric Reforms as well by Collective Health, for they concern innovations which reassert the proposition of the National Humanization Policy. Stated thus, humanization contributes to the process in progress of overcoming the hegemonic pattern, and believes in other ways to generate health which dispenses tutorship, control and compassion, producing autonomy and co-responsibility between the participants.

KEY-WORDS: SUS (National Brazilian Healthy System), humanization, Collective Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EP	Educação Permanente
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GGHA	Gerência Geral de Humanização e Acolhimento
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
HU	Hospital Universitário
MTMS	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEH	Política Estadual de Humanização
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RPA	Recuperação pós-anestésica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SODOBEN	Sociedade Douradense Beneficente
SUS	Sistema Único de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1- O SUS, a humanização e os nossos questionamentos	14
1.2- Percurso do trabalho	19
2- A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SUS	24
2.1- Algumas delimitações da temática	24
2.2- Ações oficiais em prol da humanização	27
2.3- A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS como desvio	31
2.3.1- Apostas e propostas	31
2.4- Alinhavo de forças	37
3- POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS	40
3.1- Experimentações possíveis num hospital público	40
3.2- Dourados e o Hospital Universitário	41
3.3.- A falta de método ou o método veio depois	43
3.4- Trabalho, gestão e formação	45
3.5- Comissão de humanização: mais uma tarefa?	56
3.6- O acolhimento na produção do cuidado	58
3.7- Outros modos de fazer clínica	64
3.8- A participação dos usuários ou ‘eles só atrapalham!’	73
3.9- Quando os espaços não são só físicos	78
3.10- Como fazer diferente?	80
3.11- Obstáculos encontrados na tentativa de romper com o modo hospitalar. E mais alguns questionamentos	84
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1- O SUS, a humanização e nossos questionamentos

Desde a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado na construção de um país mais justo legitimando a Saúde como dever do Estado e direito de todos, sem distinção de raça, credo, sexo, cor e demais formas de discriminação. As diferenças individuais, econômicas, sociais, entre tantas outras, em tese, não representam mais impedimentos ao acesso a bens e serviços de saúde.

Apesar dos avanços legais, os desafios são muitos na garantia do direito à saúde e à vida indistintamente. Os inúmeros progressos científicos e tecnológicos ocorridos nos últimos tempos ainda não correspondem à melhora das condições de vida, pois não estão acessíveis a grande maioria dos brasileiros. As diversas necessidades de saúde das pessoas colocam-se como um dos grandes desafios neste processo de construção e efetivação do SUS.

A saúde engendra diversas lutas e disputas. Como direito, a saúde atende as necessidades sociais possuindo valor de uso e, ao mesmo tempo, também se transforma num produto no mundo atual. Vivemos um momento histórico em que os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços. Na sociedade de mercado, os princípios do SUS são constantemente atravessados por essas forças que reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível.

Para ascender à condição de dever do Estado e direito de todos, foi necessário um consenso na construção do SUS através da manutenção da dicotomia saúde como direito e como mercadoria. Temos um sistema público de saúde, porém, no ano de 2007, 60% da capacidade hospitalar ainda era privada ou filantrópica em nosso país, demonstrando assim que, apesar dos inúmeros avanços da Reforma Sanitária, a rentável máquina hospitalar continua na mão de quem sempre esteve (CAMPOS, 2007).

O SUS, no entanto, resiste e vem se construindo a contrapelo da história numa luta constante pelo direito à saúde no mundo do capital, da mercadoria e da crescente diminuição da participação do Estado na garantia do direito à vida.

Destacamos, também, mais um obstáculo: os direitos civis são comumente confundidos com favores feitos pelos mandatários aos mais pobres caracterizando assim a “cultura da dádiva¹” que acompanha a nossa concepção de cidadania. O Estado brasileiro é utilizado de modo privado, em proveito de alguns e em detrimento de muitos, e os direitos conquistados continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade.

Além dos entraves sinalizados acima, soma-se aos desafios para promover mudanças nas práticas em saúde, a necessidade de superação da racionalidade hegemônica: um incômodo ainda corresponde a um sintoma, que leva o usuário a procurar um serviço de saúde e neste, o profissional buscará uma categoria nosológica para enquadrá-lo e, assim, prescrever um tratamento cuja finalidade é a cura.

Nos últimos anos a temática da humanização tem conquistado espaço dentro do debate acadêmico da Saúde Coletiva, recebendo destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um dos caminhos para as necessárias transformações do SUS. Como a humanização se insere nessas discussões? O que pode a humanização frente a tantos desafios?

Comumente, a humanização é compreendida, divulgada e ainda reduzida a ‘um pouco de carinho’, uma atitude de amor ao próximo, ao sentimento de compaixão e bondade daqueles que se dispõem a estar com o outro e assisti-lo nos momentos mais difíceis. Existiriam, assim, representantes de uma classe composta por pessoas ‘verdadeiramente humanas’, ‘superiores’, ‘humanizadas’ e que estariam dispostos a tratar bem os sofredores, a lhes dar um sorriso e palavras de conforto já que, como diria o personagem Iván Ilítch, de Dostoievski, “são homens como nós” (DOSTOIEVSKI, 1997, p. 12) e necessitam de nossa ‘humanidade’.

Deste modo,

¹ Conceito de autoria da socióloga Teresa Sales retomado pelo Grupo de Estudo sobre a Construção Democrática – Idéias para discutir a constituição da esfera pública e da democracia no Brasil que estão marcadas pelo uso privado e pela cultura de mando. Artigo publicado na Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, Ano 5 (2)/6(1), 1998/1999.

(...) humanidade é a primeira condição; humanidade no modo de tratar os subalternos, pois não se deve esquecer que são homens como nós! A humanidade será a salvação universal e porá tudo nos trilhos... (idem).

Dostoiévski nos conta a *história lamentável* que Ivan, importante funcionário do Estado russo, vivencia quando resolve adentrar, sem ser convidado, o casamento de um subalterno com o objetivo de provar sua ‘humanidade’ e fazer ‘um favor’ ao distribuir sua ‘generosidade’ em tal ocasião. A atitude do personagem não coloca tudo nos trilhos como sonhou, pelo contrário, evidencia sua face de arrogância, prepotência, compaixão e falso altruísmo, além das desigualdades sociais e demais atributos e produções humanas.

Como descolar a humanização no campo da saúde de valores como a compaixão e benevolência? Como pensar em relações menos assimétricas? Como desnaturalizar os papéis de mando e obediência que marcam profissionais e usuários? A humanização pode contribuir para o debate da saúde como direito? Como romper com a racionalidade hegemônica?

Recorremos aos significados dos vocábulos “humano” e “humanizar” apresentados no dicionário da Língua Portuguesa. O adjetivo é definido como “o que pertence ou relativo ao homem: bondoso, humanitário” e o verbo humanizar é apresentado como “tornar humano; dar condição humana a; humanar. Tornar benévolo, afável, tratável. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. Amansar animais” (FERREIRA, 2004). Assim, as definições de “humano” e “humanizar” nos remetem tanto a um ideal de homem e uma visão romântica de humanidade, quanto à definição que escolhemos para nortear nosso trabalho que são as discussões sobre o processo civilizatório.

As questões que orientam esta dissertação de mestrado foram formuladas a partir de nossa experiência profissional. Estivemos à frente da Gerência Geral de Humanização e Acolhimento (GGHA) do Hospital Universitário de Dourados – Mato Grosso do Sul e fomos uma das responsáveis pelas ações que compuseram o Programa de Humanização e Acolhimento “Aqui você será bem cuidado”, no período de junho de 2004 a janeiro de 2008.

Naquele momento, ao encontrar com a humanização e o acolhimento, questionávamos como aquelas palavras carregadas de sentido religioso e de compaixão poderiam ser transpostas para o cotidiano de trabalho na instituição hospitalar que, comumente, está marcado pelo sofrimento e pela morte. Em tom de

brincadeira, perguntávamos se estar na gestão, com a finalidade de humanizar as relações, as práticas e a instituição, era um presente ou um tormento.

Quando começamos, em 2004, dispúnhamos somente de um documento oficial (Documento Base). Os demais foram chegando gradativamente. Éramos os primeiros na cidade e na região sul do Estado. Contávamos com as esporádicas conversas por telefone com o Ministério da Saúde e uma consultoria em gestão hospitalar, além das experiências anteriores dos profissionais envolvidos, inclusive a nossa.

Nossa experiência no Centro de Atenção Psicossocial “Novo Tempo”, e no Centro de Convivência e Cooperação “Tear das Artes”, ambos equipamentos do Distrito Sudoeste da Rede Pública de Saúde de Campinas – SP, e o intenso aprendizado obtido no Programa de Aprimoramento em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em 2003/2004, foram fundamentais para estranhar a instituição hospitalar e os modos mecanizados e assépticos de fazer saúde. Em Campinas, conhecemos as inovações do projeto “Saúde Paidéia” com a indissociabilidade entre clínica, política e gestão, e a produção de saúde e de sujeitos.

Ao estudarmos os primeiros textos que caíram em nossas mãos, percebemos, com alívio, que a temática da humanização resgatava o que de melhor tínhamos vivenciado e estudado sobre o SUS. A isso, somam-se a ousadia dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, os avanços teóricos produzidos no campo da Saúde Coletiva brasileira e a capacidade de criação e de invenção de todos os seus atores.

Na Gerência de Humanização do H.U. de Dourados deparamo-nos com a complexidade dos problemas que permeavam a produção do cuidado em saúde. Sentimentos de impotência, negação, indiferença, omissão e descaso estavam misturados aos procedimentos técnicos, ao modelo assistencial, à gestão, às orientações político-partidárias e até ao financiamento.

Os desafios no hospital eram muitos: estar na gestão; conhecer e implementar ações para efetivar uma política de saúde; construir parcerias para concretizar nosso trabalho; ‘enfrentar’ pessoas que consideravam a humanização uma palavra mágica, como se bastasse dizê-la para que tudo estivesse resolvido, além daquelas que acreditavam ser impossível fazer diferente e não haver meio de

mudar o que sempre foi do mesmo jeito; e, finalmente, destacamos também o desconhecimento teórico e prático da maioria de nossos colegas de trabalho.

Fomos, ao longo dessa experiência, questionando-nos sobre a potência da humanização frente aos obstáculos cotidianos, aos valores enraizados tais como o individualismo e o corporativismo, entre tantos outros impedimentos. Questionávamos também até onde poderíamos ir e qual seria nosso grau de autonomia. Como falar de humanização a trabalhadores esgotados, ensimesmados, sem tempo e com excesso de trabalho? Que armas tínhamos na luta contra as desumanizações cotidianas? Como incluir trabalhadores, usuários e familiares no processo? Como fazer humanização com eles e não para eles?

Nossa dissertação é um recorte de uma longa história. Temos a convicção de que se trata de um ponto de vista, e não o único ou o mais verdadeiro, sobre uma composição: uma política de saúde e o trabalho visando efetivá-la num hospital geral. Este foi, sem dúvida alguma, um processo que contou com a participação ativa de diversos trabalhadores, gestores, usuários, voluntários e acadêmicos que, juntos, remávamos diariamente contra a maré a fim de fazer saúde pública de qualidade e sem distinção.

No início de 2008, deixamos de trabalhar no hospital e fomos nos aventurar na estruturação do SAMU/192 - Dourados, mas, de modo indireto, a preocupação com a humanização das práticas em saúde continuava conosco. Entramos no Mestrado com o intuito de discutir a nossa experiência de trabalho na efetivação dessa política pública no interior do país com seus encantos e desencantos. Fomos, assim, configurando o nosso objetivo de pesquisa visando fazer um exercício de reflexão sobre essa experiência de humanizar um hospital público operando com os conceitos que compõem a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH).

Conseguimos com este texto responder algumas perguntas, formular tantas outras e, provisoriamente, dar um contorno às nossas indagações. Buscamos com a nossa pesquisa contribuir com o processo em curso de trilhar os caminhos para que esse amplo debate possa “abandonar o plano puramente doutrinário, ou ideológico, e se tornar efetivamente um elemento transformador da assistência à saúde” (AYRES, 2004, p. 15) assim como das demais práticas. Este desafio é, para nós, “um convite ético e tecnicamente irrecusável” (idem).

Finalizamos essas considerações com as palavras de Foucault, que também esclarecem os motivos pelos quais nos colocamos nessa árdua tarefa: "existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir" (FOUCAULT, 1994, p. 13).

1.2- Percurso do trabalho

Nossa reflexão é uma pesquisa de abordagem qualitativa sobre um processo de humanização do Hospital Universitário de Dourados – MS onde tínhamos como meta efetivar a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS (PNH). Temos como objetivo utilizar as propostas e apostas que compõem a PNH, que sistematizaremos ao longo do texto, para problematizar nossa experiência profissional com a referida Política.

Na decisão sobre qual método seguir, muitas foram as nossas dúvidas. Como falar de um movimento que se torna uma política pública ou política de Estado em 2003 e com a qual trabalhamos desde 2004? A que prestar atenção? Como contar um processo? Faríamos uma pesquisa histórica? Que história seria essa? Além dessas questões, “como investigar um processo sem deixá-lo escapar por entre os dedos”? (PASSOS *et al.*, 2009, p. 08).

Certa vez, numa aula da disciplina Metodologia de Pesquisa, ouvimos uma história sobre o práctico, aquele sujeito que avistava o navio ao longe e ia ao seu encontro para trazê-lo ao porto. Essa função era desempenhada por alguém com muita habilidade e conhecimento para conduzir uma grande embarcação, com segurança, até a margem. Nossa primeira pista veio dessa história imprecisa. Para nós, o navio, o mar e o caminho ao porto constituem o mesmo processo, não existindo antecipadamente. Nossa meta não estava lá, distante, esperando para ser descoberta, mas já estava sendo produzida durante o nosso trajeto.

Assim, nessa empreitada, não escolhemos o método de investigação a priori, mas ao olharmos para as nossas experiências e reflexões podemos visualizar uma composição de diversas linhas. Linhas oficiais, linhas experimentais, linhas de ousadia e de submissão, entre outras compõem um recorte do processo de humanização do e no SUS, do qual também fizemos parte. Essas linhas produzem um território que não pode limitar-se a um espaço físico (um hospital público) ou a uma totalidade estática (uma política de saúde), mas é produzido através e no encontro entre pessoas, valores, teorias, técnicas, artifícios, modos, saberes, poderes e etc. Trata-se de um território formado por movimentos, forças e intensidades de um processo em permanente construção. Estamos, então, discutindo um movimento que está em curso e que não irá superar, de uma só vez, o modo hegemônico de fazer saúde e sim, de modo gradual, fomenta mudanças e constrói novos saberes e práticas.

A metodologia utilizada neste trabalho é de inspiração cartográfica, uma vez que a cartografia não é um instrumento para verificação da verdade, mas sim um modo de problematizar os fundamentos de nossa ciência. A cartografia coloca em análise a neutralidade científica; a cisão entre sujeito e objeto de conhecimento; a verdade do objeto que será descoberto após a pesquisa; a supremacia da razão na compreensão de uma realidade; a universalidade do conhecimento; as relações de poder/saber, entre outros aspectos.

A pesquisa para nós é também uma experiência, uma prática em que nos aventuramos pelo “(...) desafio de fazer ciência sem uma forma determinada e antecipadas verdades que sobrecodificam e aprisionam as potencialidades do próprio encontro” (FONSECA e KIRST, 2003, p. 10). Abordamos aqui o nosso encontro com um cotidiano de trabalho, com os muitos estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos pela prática profissional e configuraram-se como o objeto de pesquisa. Trata-se, segundo Benevides² (2003), de uma “aventura pelos inusitados processos de constituição de si e do mundo (...) que não se confunda, entretanto, este procedimento de risco com falta de rigor ou relativismo daquele que conhece como muitos querem fazer crer”.

² Regina Benevides assina a orelha do livro “Cartografias e Devires: a construção do presente”, de Tânia Galli Fonseca e Patrícia Krist, Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003.

Buscamos apresentar nossa experiência para compreender de quais modos a humanização se utiliza para provocar intervenções no modelo dominante de produção do cuidado. Este exercício decorre de alguns questionamentos sobre a racionalidade hegemônica que também era predominante em nosso cotidiano de trabalho, sendo eles: como a saúde se configurou ‘tal como é’? Como pode ser diferente? Como o movimento da humanização questiona a ordem vigente? Como a prática cotidiana contribuiu para o aumento da autonomia dos atores envolvidos, inclusive a nossa?

No pensamento de Foucault que utilizamos no decorrer da pesquisa, os modos são as estratégias e as táticas. A estratégia diz da racionalidade utilizada para alcançar uma meta, ou ainda, dos meios empregados para se obter um fim. A tática, por sua vez, implica a arte de construir uma máquina em que produtos de diferentes forças são combinados e se potencializam (CASTRO, 2004). Assim, as estratégias são “decisões sobre formas de intervenção” e a “tática diz da seleção de recursos” (FRANÇA, 2008). Em suma, a estratégia é como intervimos e a tática, de que armas dispomos ou o que se torna uma arma no momento de luta.

Nossa preocupação, então, é com a micropolítica (GUATTARI, 1981) cuja problemática está situada na produção de modos de subjetivação que não podem ser centralizados no indivíduo, no ‘eu’, que não são passíveis de totalização. Para nós, a construção da realidade, dos sujeitos e do mundo que habitamos são partes do mesmo movimento.

Relatamos aqui fragmentos da história oficial da humanização do SUS, no entanto, mais do que contar a história desse movimento, visamos compreender as lutas que a humanização está travando no interior do paradigma hegemônico quando propõe superá-lo. Assim, não buscamos a origem ou a essência, mas as relações de poder que se dão na micropolítica desse campo de batalha e os rastros que podemos acompanhar.

Utilizamos como material de análise os documentos oficiais (nacionais, estaduais e municipais) referentes à humanização do SUS e a nossa experiência na implantação da referida Política no Hospital Universitário de Dourados – MS, através das ações que compunham o Programa de Humanização e Acolhimento “Aqui você será bem cuidado”, quando estivemos à frente da Gerência de Humanização, no período de junho de 2004 a janeiro de 2008. Vamos então relatar as ações desenvolvidas no Programa de Humanização do hospital visando

problematizá-las à luz das propostas e apostas da PNH, para apontarmos quando as ações se aproximavam e efetivavam a Política, quando reforçavam as dissimetrias nas relações em saúde e a caridade, por exemplo.

Fizemos uso dos registros, relatórios e lembranças que reunimos nos últimos anos, oriundos de discussões e vivências com acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, psicologia e serviço social, com profissionais de saúde que atuavam na atenção básica, no hospital, no serviço pré-hospitalar de atendimento às urgências, na saúde mental e na saúde do trabalhador; e também através das discussões realizadas com os participantes do Pólo de Educação Permanente: gestores da macro região de Dourados, usuários, familiares, conselheiros de saúde, professores, entre outros. Além dos documentos oficiais, nossa memória constituiu-se também como material de pesquisa. Neste percurso, sujeito e objeto foram se produzindo e se modificando durante o processo, não são duas categorias distantes ou complementares, mas compõem uma experimentação.

Colocamo-nos então como tarefa olhar para nossa experiência profissional para problematizá-la, para compreender quando e como conseguíamos avançar e identificar barreiras tidas como intransponíveis. Este é um exercício de diálogo entre os limites e os desafios vivenciados por nós como gestora de uma política de saúde. Quiçá consigamos com a nossa reflexão levar o pensamento ao seu limite: “quando há coragem de levar as questões até seu extremo, aí o pensamento necessariamente deixa de ser um sonífero da prática para tornar-se ele mesmo ato político” (PELBART, 1991, p. 131).

Para terminar, são necessárias duas últimas considerações sobre o percurso da pesquisa. Enfatizamos que a terceira pessoa do plural é utilizada durante todo o trabalho não como mera formalidade acadêmica, mas com o intuito de reafirmar o caráter coletivo dessa experiência. Éramos trabalhadores, gestores e estagiários, além da população e seus representantes políticos que batalharam por décadas pelo funcionamento do H.U., com um sonho comum: fazer um hospital diferente, efetivar a humanização, usar de forma correta os recursos públicos e democratizar a gestão.

E, por fim, quando estávamos concluindo esse texto, no início de 2010, fomos trabalhar como consultora no Núcleo Técnico da PNH no Ministério da Saúde onde tivemos a oportunidade de referendar o que antes se apresentava como

suposição e reafirmar a humanização enquanto um desvio aos modos instituídos de fazer saúde.

Então, traçamos o seguinte percurso neste trabalho:

No primeiro momento balizamos de forma breve as discussões sobre a humanização na saúde. Construimos um sucinto histórico político-institucional de nossa temática até a sua constituição como uma política pública. Sintetizamos os princípios, as diretrizes e os dispositivos que configuram as apostas e propostas da Política Nacional de Humanização.

Depois, fizemos um exercício de reflexão sobre a nossa atuação profissional no H.U. de Dourados com a referida Política destacando as possibilidades, os limites e desafios vivenciados no cotidiano de trabalho. Relatamos muitas histórias, nomeadas por nós como recortes do cotidiano, que acompanhamos e participamos ao longo dos anos no hospital para dialogar com a PNH.

Ao longo do texto, trouxemos também algumas características que compõem o paradigma biomédico, principalmente a partir das contribuições de Michel Foucault sobre a racionalidade hegemônica na saúde, com o intuito de problematizar as práticas predominantes nesse campo.

Buscamos ainda responder uma questão que fazíamos, e também era feita a nós, durante o trabalho com a PNH. Essa era ou não uma discussão recente? Apontamos, ao longo da pesquisa, como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica e o campo da Saúde Coletiva compõem os alicerces, ou 'engrossando o caldo', das inovações propostas pela PNH.

E, por fim, apresentamos nossas considerações no intuito de sintetizar o nosso trabalho de pesquisa.

2- A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS NO SUS

2.1- Algumas delimitações da temática

A temática da humanização na saúde tem conquistado espaço no debate acadêmico da Saúde Coletiva brasileira nos últimos anos e também tem recebido destaque dos usuários, trabalhadores e gestores como um caminho para as necessárias transformações para o fortalecimento do SUS. Sendo assim, fazemos alguns questionamentos: o que significa humanizar as práticas e um sistema de saúde? Como e por quê essa preocupação ganha visibilidade? Quais os conceitos de humano e de humanização que perpassam a política pública? Em um mundo neoliberal, a saúde é um direito ou uma mercadoria?

A qualidade da atenção e da gestão, nomeadas ou não como a preocupação com a humanização, está sendo discutida por importantes pensadores que compõem o movimento da Reforma Sanitária brasileira, através de diferentes orientações teóricas, que representam a amplitude com que o tema é abordado, tais como: as discussões sobre a modelagem “Em Defesa da Vida” e “Saúde Paidéia” realizadas por Gastão W. de Souza Campos (2000); as discussões sobre o cuidado e a busca pela felicidade segundo Ricardo Ayres (2004; 2006); o processo comunicacional por Suely Deslandes (2004; 2006); os apontamentos sobre a humanização como transformação dos processos de subjetivação vigentes por Rosana Onocko Campos (2003; 2004); as redes dialógicas de trabalho afetivo para Ricardo Teixeira (2005); a luta por cidadania e a repolitização das relações na saúde por Regina Benevides e Eduardo Passos (2005; 2005b; 2006); a micropolítica do trabalho vivo e as tecnologias (duras, leve-duras e leves) em saúde propostas por Emerson Merhy (2005); as contribuições de Claudia A. B. Neves (2009) a partir do anti-humanismo de Nietzsche; as problematizações sobre a gestão e o direito à saúde realizadas por Tarso Puccini e Luiz C. Cecílio (2004); as aproximações entre a humanização e o biopoder com Antonio Lancetti (2008); a construção da integralidade do cuidado por Rubem Mattos (2003); Maria Cecília S. Minayo (2004) amplia as conceituações de humano e humanização; e Dário Pasche

e Eduardo Passos (2008) refletindo no interior da máquina do Estado, dentre vários outros.

A plasticidade, a polissemia e a interdisciplinaridade são concomitantes às polêmicas, aos desafios e às mudanças paradigmáticas que a temática da humanização exige e já foram apontados pelos autores citados acima. Por isso, apresentaremos somente algumas definições que nos ajudarão na reflexão aqui proposta.

Partiremos de Benevides e Passos (2005b) que se posicionam

contra uma idealização do humano (...) [assim] a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição populacional em torno de um ponto de concentração normal (moda) (...) [uma vez que] o homem normal ou o homem-figura-padrão (...) não coincide com nenhuma existência concreta (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p. 390).

Escolhemos para nortear nossa reflexão as discussões que se baseiam no pressuposto de que não há um universal humano e, portanto, estamos nos constituindo através do processo de aquisição dos hábitos sociais numa “tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 571).

O humano então não pode ser limitado ao fator biológico nem à propriedade da razão, pois no emaranhado de determinações que o constituem há sentimentos, valores, interesses, desejos e etc., muitos dos quais não são sociais e legalmente aceitos. Há raiva, inveja, dor, doença, morte, sofrimento, competição, uso e abuso de poder, arbitrariedades, subjetividades envolvidas, violência, intolerância, exploração, maldade e tantas outras coisas mais que compõem também os atributos humanos. Portanto, “somos humanos, demasiado humanos, nunca seremos somente bons” (ONOCKO CAMPOS³, 2004, p. 110), então, não será de uma humanidade idealizada que parte as discussões do tema aqui proposto.

Para delinear o conceito de humanização utilizaremos as idéias de Deslandes. A autora afirma que, apesar de ainda carecer de definições mais precisas, a humanização é empregada comumente para a “forma da assistência

³ Discussão realizada pela Dra. Rosana Onocko Campos (2004) que utilizou o texto do filósofo Nietzsche, *Humano Demasiado Humano*, para refletir sobre o processo de humanização na instituição hospitalar. A autora coordenou o Núcleo de Capacitação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde.

que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais” (DESLANDES, 2004, p. 08), e enfatiza a importância da “valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes (...) [portanto] humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência” (idem, p. 13).

A capacidade de criação do homem citada acima é reafirmada também por Claudia A. B. Neves (2008), que aponta para o fato de que “investir em práticas de cuidado humanizado implica reinventar a relação trabalhador de saúde-usuário/rede social, (re) inventando-se com ela”, uma vez que a produção de saúde é “um processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas” (idem).

As considerações de Maria Cecília S. Minayo (2004), a partir da doutrina filosófica humanismo, também contribuem para a nossa discussão. A autora retoma Henri Atlan para enfatizar que “só seres humanos podem ser desumanos ou confrontados com a desumanidade”, e faz preciosos apontamentos para a humanização da saúde. O primeiro aspecto é “a centralidade do sujeito em intersubjetividade (...) no reconhecimento da humanidade do outro, de sua capacidade de pensar, de interagir, de ter lógica e se manifestar e de expressar intencionalidade” (2004, p. 19). E o segundo, nas palavras da autora:

apesar da crise da ciência racionalista (...) o modelo médico continua tecnicista e instrumental (...) a formação (...) continua fortemente marcada pela hegemonia do positivismo e das teorias mecanicistas que tratam o doente como corpo e um corpo como um dispositivo bioquímico e funcional (idem).

Assim, são “esses nós que travam a humanização em seu mais profundo recôndito [e que] precisam ser problematizados” (idem) para transformar os valores, as práticas e o campo da saúde.

Podemos perceber, ao longo do debate, no campo da Saúde Coletiva e também nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que as discussões em torno da humanização se modificam, diferem e até mesmo explicitam contradições. Consideramos, no entanto, que essas mutações são inerentes à grandeza da temática e podem enriquecer o debate.

Portanto, o movimento em torno da humanização das práticas abarca uma amplitude de discussões, tais como: a qualidade do serviço (eficiência, eficácia,

efetividade, equidade, acesso, qualidade técnico-científica e etc.⁴); relações interpessoais; os direitos dos usuários; a interface atenção/gestão; o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador; o Estado de direito e o direito à saúde; a dimensão política do fazer saúde; novas delimitações de saúde e doença na superação do paradigma hegemônico; a medicalização da vida, entre vários outros aspectos do campo da Saúde Coletiva.

Sintetizamos essa temática, provisoriamente, nas transformações necessárias em continuidade com a luta da Reforma Sanitária brasileira, que é contrária às desigualdades sociais, favorável à saúde e ao direito à vida como bem comum.

2.2- Ações oficiais em prol da humanização

Durante o período em que trabalhamos com a PNH no Hospital Universitário de Dourados questionávamos (e também questionavam-nos) se a humanização era ou não uma discussão recente. Fomos, ao longo do tempo e de estudo, compreendendo o percurso realizado pelo tema no interior das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Apresentaremos, de forma breve, alguns antecedentes dessa temática enquanto preocupação do Estado brasileiro até a sua ascensão como política pública do SUS.

Um dos fatores imprescindíveis para a humanização das práticas em saúde é o respeito aos direitos individuais e coletivos. Citamos alguns avanços na legislação brasileira como a Constituição Cidadã, de 1988, que atribui ao Estado a capacidade de garantir o direito à vida enfatizando uma concepção ampliada de saúde e que não se limita mais à ausência de doenças num corpo biológico. Outro progresso foi a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 1990, que garante em seus princípios a

⁴ Componentes agrupados no conceito de qualidade para Santos-Filho (2007).

preservação da autonomia na defesa da integridade física e moral, igualdade da assistência sem preconceitos, discriminação ou privilégios e também o direito à informação. Servem como marco ainda o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e também iniciativas como a Cartilha dos Direitos dos Pacientes, que foi publicada pelo Estado de São Paulo, já em 1995, a partir de estudos como pacientes crônicos, como nos aponta Fortes⁵ (2004) que formam um marco referencial da temática.

O Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, realizou uma série de iniciativas⁶ para incluir efetivamente a temática da humanização em seus debates e ações programáticas, como relataremos a seguir.

Em virtude da desvalorização dos aspectos sociais e subjetivos na assistência hospitalar e das muitas dificuldades resultantes disso, este órgão convidou profissionais da Saúde Mental para promover ações que visavam humanizar dez hospitais-pilotos em diferentes regiões do país, o que resultou posteriormente na elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), em 1999.

O Documento oficial do PNHAH (BRASIL, 2000) apresentou um diagnóstico que apontava a insatisfação dos usuários referente à assistência, sobretudo, no que diz respeito ao modo de se relacionar com o profissional de saúde, à incapacidade de compreensão de suas demandas, às necessidades e expectativas, e não à falta de equipamentos, médicos, medicamentos e etc. O Programa destacava também a humanização como oposição a qualquer forma de violência e a necessária superação da dicotomia entre tecnologia e “fator humano” (idem), priorizando, assim, uma melhora nas relações entre profissionais, usuários, instituição e comunidade.

⁵ Ressaltamos mais alguns momentos históricos sobre os direitos individuais e coletivos. Fortes (2004) enfatiza que as discussões dessa temática estão fundamentadas na premissa da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em que todos os seres humanos nascem livres em igualdade de dignidade e direitos. Depois, destaca, em 1972, o Hospital Mont Sinai, na cidade de Boston, que lança a primeira declaração dos direitos dos pacientes. Outro marco consiste na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978, que afirma a saúde como objetivo social em que as pessoas têm o direito de participar de modo individual ou coletivamente. Já no ano seguinte, é a comunidade europeia que se manifesta sobre os direitos das pessoas hospitalizadas.

⁶ Olga Matoso (2010), consultora da PNH, apresentou na Rede de Colaboração para a Humanização da Gestão e da Atenção no SUS (<http://www.redehumanizasus.net/node/9234>) uma sistematização das portarias que contemplam o termo humanização, publicadas pelo Ministério da Saúde, no período de 1998 até 2008.

O então Ministro da Saúde, José Serra, no texto de abertura do PNHAH, ressalta que

(...) as tecnologias e os dispositivos organizacionais, sobretudo numa área como a da saúde, não funcionam sozinhos – sua eficácia é fortemente influenciada pela qualidade do fator humano e do relacionamento que se estabelece entre profissionais e usuários no processo de atendimento (BRASIL, 2000, p. 05).

O Documento do PNHAH enfatiza o “fator humano” como aspecto estratégico para o processo de mudança nas instituições hospitalares. Deslandes (2004), ao analisar o discurso oficial sobre a humanização, aponta a necessidade de maior reflexão sobre a suposta díade tecnologia e fator humano.

Além do PNHAH, citamos outras ações oficiais realizadas. Em 1999 foi criado o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Este é um instrumento de gestão que visa avaliar a assistência oferecida aos usuários do SUS levando em conta a efetividade, eficiência e eficácia dos serviços prestados, melhorando assim a qualidade e a resolubilidade dos mesmos. No mesmo período, a Ouvidoria Geral do SUS inicia o envio de documento, conhecido por “Carta SUS”, para que os usuários avaliassem a qualidade dos serviços utilizados. Esse sistema de avaliação, apesar das muitas críticas e limitações, é “considerado a única fonte de dados históricos de satisfação dos usuários do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2005b, p. 32).

Outra importante experiência ocorrida no país foi através do Método Mãe Canguru que buscou acolher toda a família nos cuidados intensivos do recém-nascido, incluindo a alta hospitalar, incentivando o aleitamento materno e o contato pele a pele entre a mãe e o bebê a partir dos primeiros momentos de vida. Essa iniciativa surgiu na Colômbia, em 1979, e tempos depois ganhou apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) devido à redução da mortalidade materno-infantil, aos benefícios psicológicos e ao baixo custo para sua implementação. E foi no ano 2000 que o Ministério da Saúde criou a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru.

Citamos também as discussões e deliberações tomadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que reuniu 2.500 delegados e teve como tema principal: “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

Sarah Escorel e Renata Bloch (2005) realizaram uma análise sobre as Conferências Nacionais, e, segundo as autoras, a 11ª CNS, apesar das dificuldades de organização (data e local) e também da polêmica na escolha da temática, realizou na plenária “um balanço sobre a implantação do SUS e o exercício do controle social” (2005, p. 107), cujo ‘tom’, dado pelos usuários, foi observado através da “familiaridade dos participantes, [do] o acúmulo de experiência alcançado no processo de implementação do SUS e [da] a comunicação entre os diferentes segmentos” (idem, p. 108).

O Relatório Final da 11ª Conferência, dentre vários outros aspectos, aponta para a

(...) necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade resolutiva de cada tratamento. A falta de recursos materiais contribui para a diminuição da qualidade dos serviços prestados. E, se a humanização dos processos de trabalho no SUS depende, em parte, de questões como afinidade com o trabalho, também depende das condições de trabalho a que o trabalhador está submetido (BRASIL, 2001, p. 21).

Em 2001, o Ministério lançou o “Prêmio de Qualidade em Assistência Hospitalar”, através da Portaria Nº 540/GM, com o objetivo de incentivar os hospitais a investir na qualidade da assistência oferecida, elevando assim o grau de satisfação dos usuários. Os seguintes itens eram avaliados de modo quantitativo (escala de 0 a 10) pelos usuários da instituição: instalação física, equipe médica e de enfermagem e a maneira como foram tratados. Havia também uma questão sobre o pagamento ou não por parte do usuário pelo atendimento recebido na unidade de saúde.

Mencionamos ainda o respeito aos princípios básicos de cidadania que foram reafirmados através da publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, já em 2006, nas versões texto e ilustrada.

As experiências obtidas através das ações oficiais demonstraram, dentre outras queixas explicitadas pelos usuários, a supervalorização dos aspectos biológicos no processo de adoecimento, as relações extremamente impessoais, as dificuldades de comunicação com abusos de jargão técnico e a necessidade de rever os processos de trabalho. Além disso, as iniciativas trazem ao Ministério da Saúde a confirmação de que a desumanização não estava limitada a instituição

hospitalar, mas que também era observada nos demais serviços públicos, sendo característica das práticas em saúde.

Observamos, assim, um rastro do movimento oficial da humanização que teve como alvo primeiro o hospital, pela centralidade da instituição no modelo assistencial brasileiro, considerado como o núcleo *hard* da saúde, e seus rígidos modos de cuidar. Este processo iniciado nos hospitais foi ganhando força e tornou-se tema da 11ª Conferência Nacional, em 2000, e está fortemente atrelado aos direitos dos usuários e também à atenção materno-infantil.

Por fim, foi no ano de 2003 que a preocupação com a humanização deixou de ser para o Ministério da Saúde uma questão pontual, como a preocupação com o parto e o nascimento, ou de ações programáticas, como as relações na instituição hospitalar, e ascendeu à condição de política do SUS.

2.3- A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS como desvio

2.3.1- Apostas e propostas

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS foi criada no ano de 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras na Rede SUS. A Política realizou, em 2004, o 1º Seminário Nacional de Humanização, em Brasília, com o prêmio “David Capistrano: O SUS que dá certo”. Desde então, são através das experiências positivas, concretas e vividas nos equipamentos de saúde pelos trabalhadores, usuários e gestores por todo o país que a PNH se respalda, aglutina forças e fomenta novas práticas em saúde.

A partir do “SUS que dá certo”, a humanização ascendeu à condição de política pública, deixando de ser opção de uma determinada gestão ou partido político. A Política foi criada sem portarias, com o intuito de ser transversal, de estar

presente no interior destas e das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de humanização são determinados pelas características locais de cada realidade, não podendo ser generalizáveis.

A PNH é composta pelo Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; 2008) e pelas Cartilhas temáticas que representam um marco teórico orientador da Política, sistematizando as marcas, estratégias gerais e diretrizes. No Documento Base, a humanização é delineada como “(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p. 08), propondo “(...) mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde” (idem, p. 15) na busca por efetivar o SUS.

Os princípios norteadores da PNH, no primeiro momento, eram formados pela valorização dos aspectos sociais, subjetivos, culturais e coletivos nas práticas de atenção e gestão; a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade dos sujeitos, tornando assim os processos de produção de saúde inseparáveis da produção de sujeitos e não de assujeitamentos; o estabelecimento de vínculos solidários visando a contrapor com as relações marcadas pela frieza e impessoalidade que comumente são estabelecidas entre profissionais e usuários; a participação coletiva nos processos de atenção, de gestão, no controle social e no trabalho, promovendo relações mais horizontalizadas e democráticas (BRASIL, 2004).

Já na versão de 2008, o Documento Base sintetiza os valores apresentados acima em três princípios norteadores: transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

Continuamos a comparação entre os Documentos da 1ª edição, de 2004, e depois da edição de 2008. No Documento Base da 1ª edição, a PNH estava organizada pelas marcas (redução de filas, construção de vínculos, direitos dos usuários, gestão participativa e educação permanente), pelas estratégias (eixos para sua institucionalização) e pelas diretrizes.

Já na 4ª edição, em 2008, houve uma nova configuração. A PNH está estabelecida a partir dos princípios (já citados acima), do método (a tríplice inclusão,

que abordaremos depois), das diretrizes (orientações gerais, tais como: clínica ampliada, acolhimento, co-gestão, direitos dos usuários, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento das redes e construção da memória do SUS que dá certo) e dos dispositivos (colocar em funcionamento as diretrizes, tais como: acolhimento com classificação de risco, projeto terapêutico, contratos de gestão, visita aberta, ambiência, colegiado gestor e etc.) (BRASIL, 2008).

Além do Documento Base, as cartilhas temáticas merecem destaque, visto que indicam os possíveis caminhos pelos quais a humanização pode ser concretizada no cotidiano dos serviços de saúde e buscam contribuir para a qualificação do trabalhador e do gestor, tornando-os multiplicadores das “tecnologias de humanização” (BRASIL, 2004).

As cartilhas foram lançadas de modo progressivo desde 2004. Num primeiro momento, estavam denominadas como: Gestão Participativa e Cogestão; Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Ambiência; Trabalho e Rede de Saúde - Valorização dos Trabalhadores da Saúde; Gestão e Formação no Processo de Trabalho; e Grupo de Trabalho de Humanização; e Visita Aberta e Direito ao Acompanhante.

Já na edição de 2009, as cartilhas ganharam uma nova configuração e foram alteradas para: Redes de Produção de Saúde; Trabalho e Redes de Saúde; Clínica Ampliada e Compartilhada; O HumanizaSUS na Atenção Básica; Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência; Gestão Participativa e co-gestão; e Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.

Deste modo, através dos documentos oficiais da PNH, podemos visualizar as mudanças, as transformações e o amadurecimento da proposta desde seu lançamento, em 2003. A Política é considerada como uma “obra aberta” (HECKERT *et al.*, 2009; PASSOS e PASCHE, 2008), que está construindo seu curso a partir da inclusão de diversas experiências de trabalho nos serviços e das inovações no campo da Saúde Coletiva, e fazendo jus ao método como modo de caminhar⁷. Como “obra aberta”, a Política busca um permanente processo de reinvenção de nós mesmos, de nossas práticas profissionais e do mundo que nos cerca. Trata-se de uma Política que tem como meta disparar processos de mudança e, por isso,

⁷ Abordaremos o método da tríplice inclusão ao problematizar nossa experiência com a PNH.

não pode ser estanque e tampouco engessar e cristalizar o fazer saúde e o homem comum.

São três dimensões inseparáveis que compõem essa Política: ética – um novo posicionamento dos diversos sujeitos; estética – que prima pela criação e produção de modos de subjetivação, de saúde, de modos de levar a vida; e a política – um processo que é necessariamente social, coletivo, público, das relações entre os sujeitos e que é de todos nós.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde são úteis para a nossa tarefa de dialogar com a PNH. No Glossário HumanizaSUS a autonomia está delimitada

em oposição à heteronomia, [e] designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem (BRASIL, 2004, p. 38).

E o verbete protagonismo reafirma a “ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos” (idem, p. 46).

Trata-se aqui de uma concepção ativa de sujeito, seja usuário, trabalhador ou gestor, que independe da posição ocupada numa determinada relação está, de modo concomitante, construindo a si mesmo e ao mundo. Os valores de autonomia e o protagonismo dão destaque não às normas exteriores às quais o sujeito deve se submeter, mas, pelo contrário, ao processo incessante e coletivo de construção dessas normas.

A produção de saúde aqui não se restringe a mera prescrição de medicamentos, restrições alimentares e atividade física, ainda que isso seja essencial num determinado momento, e sim enfatiza a negociação constante dos modos de produzir a vida entre sujeitos, que são corresponsáveis por esse processo. É através do vínculo e da corresponsabilização pelo cuidado que há o compartilhamento do saber e do poder, e o exercício na busca por alcançar graus maiores de autonomia.

A Política toma como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática do trabalhador. Visa então a contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas

com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

A transversalidade, outro princípio da PNH, é um conceito proposto por Félix Guattari (1981) que se opõe a verticalização e a horizontalidade, realizando-se na comunicação entre diversos níveis e, principalmente, diferentes sentidos. A transversalidade acontece ao possibilitar o aumento no “grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção” (BARROS e PASSOS, 2005b, p. 39), tornando os usuários, trabalhadores e gestores os protagonistas do SUS. Assim, adotar a humanização como “política transversal [do e no SUS e caracterizada como] uma construção coletiva [implica] ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde” (idem).

Essa Política tem, assim, de modo indissociável, uma dimensão que está localizada no interior do Estado brasileiro com o objetivo de promover transformações na atenção e na gestão, e vem sendo pactuada nas três esferas de governo com experiências atreladas inclusive ao financiamento e às metas⁸; e, também, outra dimensão, que prima por pessoas em relação, por encontros melhores e pela invenção de novos modos de lidar no cotidiano com a produção de saúde, com o adoecimento, com os saberes e as instituições.

São os conceitos de micropolítica/macropolítica e molar/molecular, de Deleuze e Guattari (1996), que nos auxiliam nessa reflexão. A micropolítica está relacionada ao plano das forças, das moléculas e da intensidade e a macropolítica ao plano das formas, da organização e da representação que tendem a totalizações. O macro ou molar não diz somente do Estado e o micro ou molecular das relações. Há complementaridade e entrecruzamento e não oposição entre esses conceitos já que um movimento acontece no plano social, subjetivo, político e etc. ao mesmo tempo.

Assim, a PNH busca intervir num campo problemático composto por uma diversidade de forças e de formas. A micropolítica e a macropolítica nos convidam a mudar a lógica de pensamento. Tais conceitos opõem-se às limitações do binarismo

⁸ No próximo capítulo iremos nos ater ao nosso trabalho com a PNH no H.U. de Dourados. As ações de humanização nesta instituição foram pactuadas junto com o financiamento nas três esferas de governo.

inerentes as categorias como verdadeiro ou falso, micro ou macro, certo ou errado, dentro ou fora.

A micropolítica

(...) se situaria exatamente no cruzamento entre esses diferentes modos de apreensão de uma problemática. É claro que os modos não são apenas dois: sempre haverá uma multiplicidade, pois não existe uma subjetividade de um lado e, de outro, a realidade social material. Sempre haverá “n” processos de subjetivação, que flutuam constantemente segundo os dados, segundo a composição de agenciamentos, segundo os movimentos que vão e vem (GUATTARI e ROLNIK, 2000, p. 132).

Podemos localizar as dimensões micro e macropolítica e a transversalidade da PNH nos modos de produzir saúde (desde as rotinas no cotidiano de trabalho às mais altas esferas da gestão), na formação (fazendo interface com a Política de Educação Permanente e buscando o aumento da capacidade de análise e intervenção de todos nós), na produção de sujeitos em relação (autônomos e protagonistas de suas histórias e não de assujeitamentos e individualismos), nos processos de trabalho (resgatando a dimensão das tecnologias-leves e o trabalho vivo, que são inter, multidisciplinar e coletivo), nas Redes (desde melhorar a comunicação entre os serviços de saúde e para além deles, até a potência humana de produzir redes de cuidado) e também na relação com as demais políticas públicas de saúde.

Além das transformações apontadas acima, é o modo vertical e normatizador de fazer política de saúde pelo Estado que está sendo colocado em questão. A Política promoveu uma ruptura no próprio Ministério da Saúde, uma vez que não é uma evolução da PNHAH ou mera diferença semântica. A PNH diferencia-se da busca pela ‘qualidade-total’ e pela eficiência cega proposta no anterior Programa, e coloca a ênfase na capacidade de reflexão e invenção das pessoas em seu cotidiano. Desse modo, a Política de Humanização apresenta-se como um desvio no interior das demais políticas de saúde visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, da rede, da formação, da gestão e dos programas verticais e uniformes que determinam as ações de saúde em todos os cantos do país.

2.4- Alinhavo de forças

A humanização, mesmo que não nomeada como tal, “está intrinsecamente ligada ao processo de constituição do Sistema Único de Saúde” (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p. 562) e já estava presente nos princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteavam as lutas do movimento sanitário, sendo mantidos na Constituição de 1988.

Além disso, ganharam destaque na PNH as reflexões de Campos (1992) sobre a necessidade de transformação da atenção e da gestão para o enfrentamento das grandes mazelas do SUS, com o intuito de livrar a sociedade dos “limites impostos pela dominação cultural e política do modo neoliberal” (CAMPOS, 1992, p. 137). Segundo o autor, já se colocava como desafio central da Reforma Sanitária “o salto qualitativo que transformaria atenção médico-sanitária de instrumento de reprodução da força de trabalho em meio de defesa da vida” (idem, p. 150). Nesse processo de mudança, torna-se imprescindível

(...) alteração do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e planejamento, da política de recursos humanos e mesmo do conteúdo das práticas médico-sanitárias (idem, p. 142).

Outros obstáculos a serem superados são

a separação artificialmente idealizada, entre as reformas da estrutura administrativas e do desenho organizacional (...), e as do modo concreto de produzir atenção médico-sanitária (idem, p. 145).

Campos, no início da década de 90, já sinalizava a necessidade de mudança nos modelos de atenção e gestão, rompendo, portanto, com o modelo hegemônico de produção de saúde, uma vez que a implantação legal do SUS não seria suficiente para garantir os princípios que o constituem.

A PNH aglutina forças que tomam como tarefa a promoção de desvios aos modos instituídos de fazer saúde. São as inovações construídas ao longo das últimas décadas por atores diversos em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Esses diversos atores

compõem os movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e também o campo da Saúde Coletiva.

A Reforma Sanitária promoveu a articulação de práticas teóricas, políticas e ideológicas num luta contra-hegemônica e que compreende

(...) uma **proposta** que encerra um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no Relatório Final da 8a. CNS. É também um **projeto** (...) [que requer] uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um **processo** (...) [que] não se conteve nos arquivos nem nas bibliotecas mas transformou-se em bandeira de luta, articulando um conjunto de práticas, e teceu um projeto político-cultural consistente enquanto prática social, tornando-se História. Trata-se, conseqüentemente, de um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a prática social (PAIM, 1997, p. 20. grifos do autor).

Os atores da Reforma aspiravam a mudanças profundas na sociedade de classes tão marcada pelas desigualdades sociais, fazendo o processo do direito à saúde um passo para transformar o país.

Foi também no interior desse projeto - processo - proposta que ocorreu a Reforma Psiquiátrica caracterizada por Amarante (1995) em três momentos. A primeira etapa surge do cotidiano das instituições o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em que os profissionais iniciaram um processo denunciador da violência sofrida pelos doentes mentais recusando, assim, o “papel de carcereiros da loucura” (YASUI, 1999, p. 73) e promovendo um reposicionamento crítico sobre a instituição psiquiátrica.

A segunda etapa refere-se à participação dos atores dos Movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica nos espaços de decisão do Estado. Essa ocupação da máquina estatal por parte de seus atores foi uma estratégia visando garantir a condução do processo reformista.

E, na terceira etapa da Reforma, houve a criação do Movimento da Luta Antimanicomial no II Congresso Nacional do MTMS, ocorrido na cidade de Bauru - SP, em 1986. O movimento reuniu usuários, trabalhadores e familiares, além de outros setores da sociedade, e institui o lema “Por uma sociedade sem manicômios” na luta contra todas as formas de exclusão.

Ambas as Reformas estão articuladas com o campo de conhecimento da Saúde Coletiva, que a partir da década de 70, vem se configurando para além das

fronteiras estabelecidas pela Saúde Pública. Para os autores Paim e Almeida Filho este é um

campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como 'setor saúde' (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p. 60).

É nesse movimento, por novas concepções e modos de fazer saúde, que

(...) a PNH emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui *pari passu* à construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização (PASCHE e PASSOS, 2008, p. 92).

Os conceitos de saúde e doença do modelo hegemônico são questionados por esses processos buscando, assim, a desconstrução, ganhando novas configurações teóricas e práticas que estão indissociáveis da concepção de cidadania, do exercício para a conquista de graus maiores de autonomia e protagonismo de usuários e trabalhadores.

Deste modo, a Saúde Coletiva, as Reformas Sanitárias e Psiquiátricas, o SUS e, conseqüentemente, a preocupação com a humanização das relações e das práticas, constituem grandezas que se complementam e se fortalecem na aposta de constantes transformações do cuidado em saúde.

A PNH promove então a retomada da força "(...) que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS" (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p. 562). Assim, de modo estratégico, a Política consagra o que de melhor tem no SUS, e, por isso mesmo, o que de melhor tem seus atores; aproveita as inovações construídas no cotidiano de trabalho nessas últimas décadas e alinha tais experiências teóricas e práticas numa composição que está em consonância com os avanços da Saúde Coletiva brasileira.

3- POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS

3.1- Experimentações possíveis num hospital público

em vez de tropeçar nas pedras,
você bem que podia entender que elas são pistas,
deixadas sobre o chão. o caminho até aqui.
Eduardo Baszcyn

O caminho para continuarmos essa reflexão foi a nossa experiência profissional como gestora em um hospital público. Neste capítulo buscamos problematizar os limites, as possibilidades e os desafios enfrentados num cotidiano de trabalho em que tínhamos como meta implantar e efetivar a Política Nacional de Humanização.

Relatamos diversas histórias e acontecimentos do dia a dia, nomeadas por nós como recortes do cotidiano, que vivenciamos durante o período de junho de 2004 a janeiro de 2008 com o intuito de correlacioná-los e problematizá-los a partir dos princípios, diretrizes e dispositivos que compõem a PNH.

Durante nosso percurso, faremos muitas pausas ou paradas para refletir sobre o que foi vivido operando com a PNH, e também, muitas vezes, nos remeteremos aos pensadores da Saúde Coletiva e ao pensamento de Foucault, Deleuze e Guattari, que compõem os alicerces desse trabalho. Ressaltamos que as discussões dos documentos oficiais da Política, o Documento base e as Cartilhas temáticas, também balizaram nosso processo de escrita.

Nesse capítulo vamos, então, nos ater à promoção de um diálogo entre a nossa experiência profissional no H.U. de Dourados e às discussões colocadas na e a partir da PNH.

3.2- Dourados e o Hospital Universitário

A cidade de Dourados foi fundada em 1935, está localizada no sul do Mato Grosso do Sul e possui cerca de duzentos mil habitantes. É a segunda maior cidade do estado em população ficando atrás somente da capital Campo Grande. Atualmente a cidade compõe junto com outros trinta e cinco municípios a região conhecida como a Grande Dourados.

De terra de índio, a cidade foi, durante a década de setenta, marcada pelo desenvolvimento da agroindústria que se tornou a base da economia desde então. A monocultura de grãos para exportação, principalmente o cultivo da soja, divide espaço com a criação de gado. Merece destaque também o significativo aumento da plantação da cana-de-açúcar nos últimos anos com as instalações de várias usinas de álcool em toda a região.

O Estado possui a segunda maior população indígena do país com aproximadamente quarenta mil índios das etnias Guarani-Kaiowá, Guarani-Nhandeva, Terena, Kadiweu, Guató, Kinikinaw e Ofaié. Em Dourados, há predominância das etnias Guarani-Kaiowá e Terena, sendo as aldeias localizadas a poucos quilômetros do centro urbano. As aldeias de Dourados são conhecidas por serem as mais populosas do país, possuem índice elevado de suicídio e por conterem a maior população carcerária indígena.

Outra característica marcante dessa região que merece destaque é a proximidade com o Paraguai. A fronteira seca, localizada a poucos quilômetros de Dourados, promove o trânsito livre entre os habitantes dos dois países.

Muitas histórias imprecisas marcaram o que se tornou mais de duas décadas depois o H.U. de Dourados. O terreno foi doado pela Sociedade Douradense Beneficente (SODOBEN) para a construção de um hospital que atenderia toda a região sul do Estado e apoiaria o futuro curso de medicina.

Num primeiro momento o futuro hospital seria a Santa Casa, depois Hospital Regional, e tempos depois, foi acordado entre as lideranças locais que a construção estaria subordinada à Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

A criação da Universidade também é uma luta conjunta de toda a população e seus representantes desde a década de setenta. A cidade possuía um campus da

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), com diversos cursos incluindo o de medicina, e que foi transferido para UFGD com sua criação oficial, em 2006. Assim, muitas batalhas e disputas político-partidárias se engendram na concepção do hospital, do curso de medicina e também da Universidade Federal da Grande Dourados.

Fizemos parte do H.U. no período de junho de 2004 a janeiro de 2008. Trata-se de um hospital público, 100% SUS, de portas-fechadas, referência em baixa e média complexidade (cirurgias eletivas, atendimento em mais de trinta especialidades e serviço de diagnóstico) para trinta e cinco municípios da região sul do Estado. Participamos do processo final de estruturação da instituição, que inaugurou os primeiros cinquenta leitos de internação no final de julho de 2004 e que, depois, foram gradativamente aumentando. A capacidade hospitalar instalada chegou a alcançar cento e setenta leitos e depois retrocedeu, por dificuldades financeiras, para cento e quatorze leitos com aproximadamente quinhentos funcionários em seu quadro.

Ouvimos de usuários e funcionários muitas histórias a respeito de desvios de verbas e equipamentos, conflitos político-partidários e várias inaugurações sem sucesso. A estrutura física de 13.000 metros horizontal construída há mais de duas décadas estava em sua maior parte desativada. O hospital era um grande 'elefante branco' no qual funcionava, desde 2002, somente o ambulatório de especialidades e o serviço de diagnóstico (imagem e laboratório).

As pactuações entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal já estavam formalizadas quando chegamos, em junho de 2004. A atual direção possuía o compromisso de implantar a PNH, desenvolver uma gestão descentralizada e participativa, exercitar uma forma de financiamento inédita no Estado (três partes do governo federal, duas partes do estadual e uma do municipal) e transformá-lo, efetivamente, num hospital de ensino da UFGD. Assim, o desenvolvimento de ações para contemplar a PNH fazia parte das metas da instituição, que foram acordadas entre as três esferas de gestão.

Naquele momento, H.U. era ainda um nome fictício, sendo gerenciado pela Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados. Finalmente, em meados de 2009, tornou-se de forma oficial uma instituição de ensino como parte integrante da Universidade Federal da Grande Dourados.

3.3- A falta do método ou o método que veio depois

Quando começamos em 2004, a PNH não propunha explicitamente um método. No Glossário HumanizaSUS, o verbete “gestão participativa” estava definido como “a construção de espaços coletivos em que se dão a análise das informações e a tomada de decisão” (BRASIL, 2004, p. 47), o que nos indicava um caminho possível.

Procuramos construir nossa caixa de ferramentas com o paradigma ético-estético-político que marcou nossa graduação, com a experiência na Saúde Mental e com as inovações vivenciadas na Rede Pública de Saúde de Campinas - SP a partir de Campos (2000), entre as quais merecem destaque a indissociabilidade da atenção e da gestão, da clínica e da política e da produção de saúde e de sujeitos. Além disso, também aprendemos sobre a necessidade de criar espaços e tempos para democratizar as instituições.

Apenas no ano de 2008, quando deixamos de trabalhar diretamente com a PNH, o Ministério da Saúde definiu um método para essa Política. No Documento Base, o método foi descrito como “a condução de um processo ou o seu modo de caminhar (meta = fim; hodos = caminho)” (BRASIL, 2008, p. 24). Metodologia essa que abarca a “tríplice inclusão: inclusão dos diferentes sujeitos (...); inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e gestão (...) [e] inclusão do coletivo” (idem, p. 25).

A aposta metodológica da PNH busca a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores como protagonistas e corresponsáveis para o enfrentamento dos problemas do SUS. Para isso, o processo de inclusão dos sujeitos é também de seus conflitos, interesses, necessidades e demandas. O coletivo, que a PNH de forma estratégica toma como tarefa incluir, não é a mera junção de pessoas, mas nos remete ao conceito de grupalidade.

A grupalidade pode ser definida como “uma multiplicidade de termos (...) em agenciamento e transformação” (BRASIL, 2008, p. 61). Assim, a inclusão dos coletivos implica desde o incentivo a participação dos movimentos sociais e demais grupos organizados até a capacidade humana de produzir redes, laços, solidariedade.

Sendo assim, o que, às vezes, conseguíamos fazer em nosso cotidiano de trabalho, e que estava em consonância com a proposta metodológica da PNH, era problematizar os conflitos e os não-ditos e tomá-los como analisadores imprescindíveis para as necessárias mudanças no campo da saúde. Isso era feito colocando os desacordos na roda de discussão, nas instâncias formais e também nos encontros com usuários e trabalhadores no dia a dia, e apostando na produção de agenciamentos diversos para inventar coletivamente outros modos de fazer e cuidar em saúde.

Essa metodologia visa à condução de um processo; trata-se de um modo de caminhar para promover intervenção nos valores hegemônicos na saúde. Por isso, entendemos que essa proposta metodológica também orientou nossa pesquisa. Embora em algum momento não estivéssemos atuando diretamente no projeto da PNH, continuávamos no campo da humanização, em harmonia com seus princípios e propostas. Além disso, compreendemos que o ato de pesquisar é uma experiência, uma prática, um modo de intervir em nosso cotidiano que implica um constante fazer, refletir e refazer.

É Foucault novamente quem nos auxilia com suas palavras: “a teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática. Mas local e regional (...) não totalizadora” (2007, p. 71).

A partir de nossa experiência com a PNH, nos arriscamos a afirmar que a inclusão (de sujeitos, desejos, coletivos, conflitos, saberes, poderes e políticas de saúde) e a cartografia (acompanhar um movimento, um processo, construindo-se junto com ele) são complementares, ao colocarmos em discussão nossa experiência profissional visando à produção de uma ferramenta que, quiçá, possa interferir nas relações e práticas em saúde.

As curtas histórias que contamos ao longo desse texto, os recortes do cotidiano, trazem a nossa vivência e o exercício feito ao longo dos últimos anos na efetivação de uma política pública que coloca em questionamento a racionalidade hegemônica e os modos assépticos de fazer saúde. Assim como a discussão metodológica da PNH na qual o caminho é a meta, não era possível quando começamos saber como fazer ou ter as respostas prontas. Foi em nosso dia a dia de trabalho, com seus encantos e desencantos, que enfrentamos os limites, desafios e possibilidades da PNH.

Nessa discussão sobre o método da “tríplice inclusão” (BRASIL, 2008) e que também foi se conformando como a estratégica metodológica de nossa pesquisa “a inteligência é boa quando vem depois⁹” (ROLNIK, 1993, p. 244) já que

(...) para praticar o pensamento (...), aquilo para o que temos de nos tornar dotados é então, fundamentalmente, a capacidade de nos deixarmos estranhar pelas marcas; ora, para isso não há método, mas um longo e sutil aprendizado (...) uma delicada preparação onde se opera uma verdadeira torsão em nosso modo de subjetivação, torsão que nunca está definitivamente conquistada (idem).

Portanto, a nossa experiência de trabalho com a PNH foi configurando-se como um convite (ou será uma convocação?) para estranhar o que era considerado como natural e imutável nas práticas de saúde de um hospital público. Esse processo, um longo e árduo aprendizado, forçou-nos a uma ‘torsão’ para compreender que no processo de humanização o caminho é a meta, e não o contrário. Sendo assim, a oferta principal dessa Política é exatamente em um outro modo de fazer.

3.4- Trabalho, gestão e formação

Após sistematizar a Política Nacional de Humanização, apresentar Dourados e o H.U., e situar o método “tríplice inclusão” (BRASIL, 2008), continuamos a tarefa de problematizar a nossa experiência profissional com a PNH. Iniciamos pela tríade trabalho, gestão e a formação, e, vamos ilustrar essa discussão ao contar curtas histórias, recortes do cotidiano, com o intuito de sinalizar os limites e os desafios que enfrentamos no hospital.

Ocupamos na instituição a função de Gerente Geral de Humanização e Acolhimento (GGHA) cuja meta era “transversalizar todas as unidades de produção

⁹ A autora retoma a expressão que Gilles Deleuze atribui a Proust no texto “Proust e os signos”.

colocando o acolhimento e a humanização como norte da gestão descentralizada¹⁰. Fomos construindo ao longo dos anos o Programa de Humanização e Acolhimento “Aqui você será bem cuidado” que era coordenado por nós e mais uma gerente; no entanto, enfatizamos que esse trabalho contava com as mais variadas parcerias, sendo elaborado e viabilizado coletivamente com os demais profissionais da instituição, usuários, familiares, acadêmicos, gestores e voluntários da Capelania Ecumênica.

Iniciamos, em junho de 2004, em conjunto com os profissionais do Colegiado de Gerência e com uma consultoria em gestão, o processo de humanização do H.U. com a capacitação de todos os funcionários. Os encontros foram realizados com a finalidade de fazer com que os trabalhadores refletissem sobre a importância de promover mudanças na instituição hospitalar, e também visando à implantação gradativa das ações que comentaremos ao longo desse capítulo.

A estrutura organizacional do hospital tinha como meta ampliar a participação dos profissionais nas discussões e deliberações através da gestão descentralizada e participativa. Profissionais de diversas formações, em sua grande maioria, ocupavam cargos de gestão pela primeira vez e desconheciam as estratégias de cogestão e também da PNH. Durante o nosso período de trabalho na instituição, muitas foram as composições da gestão e a rotatividade entre os profissionais dificultava a continuidade da proposta.

Os seguintes arranjos foram construídos gradativamente:

- Conselho Deliberativo
- Colegiado de Gerência e Direção
- Gerências de Linha:

1. Gerência Geral de Humanização e Acolhimento;

2. Gerência de Internação e Cuidados Assistenciais composta pelas seguintes Unidades: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva (adulto e pediátrica), Ambulatório de Especialidades, Imagem, Laboratório e Agência Transfusional;

¹⁰ Objetivo da gerência de humanização no projeto do hospital, em mimeo (2004).

3. Gerência de Apoio Logístico composta pelas seguintes Unidades: Almoxarifado, Farmácia, Higienização, Lavanderia, Manutenção e Nutrição e Dietética;
 4. Gerência de Financeira e Administrativa composta pelas seguintes Unidades: Pessoal, Finanças, Contabilidade, Compras, Recepção, Patrimônio, Informática, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Central de Custo e Medicina do Trabalho;
 5. Gerência de Ensino e Pesquisa composta pelas seguintes Unidades: Assessoria Jurídica, Planejamento, Projetos, Comissões, Coordenação Acadêmica;
- Comissões temáticas (Comissão de Padronização, Comissão de Revisão de Prontuário e Óbito, Comissão de Humanização, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Curativo, Comissão de Ética Médica e Ética de Enfermagem e Comissão de Captação e Doação de Órgãos).

Um primeiro aspecto que merece nossa reflexão é a concepção de trabalho. O trabalho em saúde que a PNH evidencia em seus documentos oficiais comporta a possibilidade de ser “potencialmente produtor de sentido (...) inventivo e participativo” (BRASIL, 2006b, p. 08) capaz de propiciar a criação e a realização profissional. Entretanto, o trabalho também pode ser “produtor de desgaste (...) burocratizado, fragmentado e centralizado” (idem), o que contribuiu para o adoecimento do trabalhador.

As discussões da PNH ressaltam que o trabalho, independentemente do cargo e da função em que se encontra o profissional, comporta o aspecto da gestão. A gestão, compreendida aqui como uma dimensão do trabalho que é indissociável do cuidado, já não mais se restringe ao modo gerencial hegemônico da gestão clássica, marcado, de maneira hierarquizada, por aquele que é o responsável pela instituição no exercício do poder. (BARROS e BARROS, 2007; CAMPOS, 2000, 1992; ONOCKO, 2003, 2004).

Na racionalidade gerencial hegemônica a gestão é uma atribuição de um pequeno grupo de pessoas que definem as tarefas a ser executadas pelos demais trabalhadores. Há uma minoria que pensa, planeja e avalia, e uma maioria que deve seguir as regras que foram definidas previamente. O trabalhador é reduzido a um mero recurso, “à condição de máquina programável segundo o interesse da direção da organização” (CAMPOS, 2000, p. 235).

A Política nos convida a pensar e fazer gestão, não limitada a um local ou cargo, mas como uma produção coletiva, que requer um lugar e um tempo, um espaço de problematização dos acontecimentos, um momento para planejar e avaliar as intervenções. Assim, essa concepção de gestão toma o cotidiano como propício para aumentar o grau de autonomia das pessoas envolvidas através da apropriação de seu trabalho. A gestão, portanto, é do serviço, do trabalho e das pessoas que nele estão, e não mera formalidade burocrática.

A gestão participativa ou a cogestão, diretrizes da PNH, é um instrumento valioso para promover mudanças, compreendendo um

modelo de gestão (...) centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que [garantam] que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2004, p. 07).

A gestão descentralizada e os arranjos institucionais do H.U. foram organizados a partir de Campos (2000). Para o autor, essas são estratégias que possibilitam administrar, planejar e reorganizar os processos de trabalho, promovendo o aumento da capacidade de análise e reflexão de seus participantes, além de ter como meta o exercício de democratização do poder. Os arranjos possuem estruturação e permanência, e buscam a direção contrária do que já está instituído; no entanto, tais arranjos também podem ser capturados pela lógica dominante.

No Colegiado de Gerência do H.U., por exemplo, assim como nas demais composições de equipes multi/interdisciplinares, havia a fragmentação do trabalho e a dificuldade de trabalhar de maneira multidisciplinar, o que para uns era um martírio, olhado por outro ângulo, “um Coletivo está obrigado a se coproduzir sempre, sempre...” (CAMPOS, 2000, p. 154). Tratava-se de uma estratégia para que o poder não fosse mais exercido de modo solitário e isolado, mas através de

“rede de poder, diversos espaços de poder, mas sempre pensando-o como instâncias de poder relativo, poder parcial” (idem, p. 158).

Exercitar a cogestão significa tomar o desafio de criar espaços coletivos que primam pela diversidade de participantes, saberes e olhares. Não mais a gestão como propõe o modelo tradicional e sim uma proposta que reafirma as diversas contribuições acumuladas pelo vasto campo da Saúde Coletiva.

Retomamos aqui de forma breve o aporte da sociologia, que segundo Minayo (1999) compõe a “epistême”¹¹ da Saúde Coletiva. Asa Cristina Laurell (1982; 1989) em seus trabalhos busca ampliar a reflexão sobre a complexa articulação entre o modo de produção capitalista e a relação com a saúde dos operários e demais coletividades ao discutir o caráter social e histórico do processo saúde/doença. A autora enfatiza que a experiência dos trabalhadores é indispensável para a produção de conhecimento sobre a relação entre saúde e trabalho. O trabalhador, durante seu processo de trabalho, também constrói um saber sobre o que faz.

As idéias de Laurell e Campos se assemelham ao destacar o trabalhador não como um mero executor de tarefas, e sim como produtor de conhecimento. Desse modo, os espaços para a cogestão tornam-se tanto um lugar para valorizar o saber do trabalhador como gestor de seu trabalho, quanto uma estratégia para produzir sentidos para o que se faz e prevenir o adoecimento. Tais concepções nos remetem a algumas situações que vivenciamos no H.U. e contaremos a seguir.

Num determinado momento, e sem discussão prévia, a alimentação de todos os acompanhantes foi substituída por sopa. Os acompanhantes, com fome, questionaram como iriam enfrentar os longos dias. O Serviço de Nutrição e Dietética garantiu que a sopa possuía a quantidade nutricional adequada a um adulto. Por conseqüência, o ‘tráfego’ de comida aumentou preocupando a

¹¹ Minayo, ao prefaciá-lo livro “Sobre a Sociologia da Saúde” de Everardo Nunes (1999), não nos esclarece sobre o conceito de “epistême”. No entanto, em seu texto a autora enfatiza que o ato de prefaciá-lo é semelhante ao de comentar para Foucault. Sendo assim, buscamos no Vocabulário de Foucault (CASTRO, 2009) a compreensão de epistême que é definido de modo diferente na época clássica, no renascimento e na modernidade. Na “História da Sexualidade”, epistême é sinônimo de saber teórico e prático. Já no texto “As palavras e as coisas”, Foucault nos diz que em uma cultura não há mais do que uma epistême definindo as condições de possibilidade do saber. Já em outras obras, o filósofo abandona o uso da epistême e utiliza-se dos conceitos de dispositivo, formação discursiva e arqueologia. Em síntese, trata-se de um conjunto de pensar e conceber as coisas ditas e não ditas do mundo, determinada temporal e geograficamente e refere-se às condições de possibilidade entre diferentes domínios de saber. Vide verbete em Castro (2009).

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (C.C.I.H.). E a direção, com razão, justificou-se apontando a falta de recursos financeiros.

Destacamos como esse exemplo alguns aspectos que merecem nossa atenção. A saúde, um direito constitucional, ainda é ofertada como favor de uns para os outros, característica da “cultura da dádiva”¹². Qualquer coisa que se faça já é considerada como um avanço para aqueles que estariam sem assistência nenhuma.

Podemos perceber que, apesar do discurso institucional, não houve discussão prévia nos espaços coletivos, sinalizando que a humanização e a gestão descentralizadas eram utilizadas quando convenientes e não em sua radicalidade como propõe a PNH. Apesar da proposta, a gestão era realizada de forma vertical, como no modelo tradicional que mencionamos acima.

Apontamos também que a sopa era uma refeição balanceada no aspecto nutricional, no entanto parecia insuficiente para os demais aspectos relacionados ao ato de comer, como por exemplo o alimento ser considerado uma fonte de prazer, afeto, diminuição de estresse e ansiedade. Além disso, a definição de uma “refeição balanceada” pelo saber biomédico se fundamenta em um padrão de homem ideal que não corresponde a “nenhuma existência concreta” (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p. 390). Tal questão evidenciava-se ainda mais em relação aos acompanhantes indígenas que possuem hábitos alimentares diferenciados que muitas vezes não incluem sopas. Por fim, notamos que nesse episódio que o usuário e o trabalhador estavam reduzidos a meros coadjuvantes.

Outra recordação que temos do hospital, que nos auxilia a problematizar a tríade gestão, trabalho e formação, e nos remete às discussões sobre o trabalho como espaço para criação e/ou adoecimento é a que relatamos abaixo.

O lema do Programa de Humanização e Acolhimento do H.U. era “Aqui você será bem cuidado”, criado pela direção juntamente com uma consultoria em gestão hospitalar, anterior ao início de nosso trabalho. Muitas eram as reivindicações dos trabalhadores de que não “eram bem cuidados” pela instituição apesar do slogan. No hospital havia um alto índice de absenteísmo sem justificativa, atestados e

¹² Conceito de autoria da socióloga Teresa Sales que o Grupo de Estudo Idéias retomou a discussão em 1999. Vide nota 1.

licenças médicas, principalmente entre os funcionários da limpeza, recepção e enfermagem.

Com esse recorte, destacamos a impossibilidade de encontrar caminhos para enfrentar o adoecimento da equipe, incluindo também os profissionais nos cargos de gestão, e a ausência de ‘autorização’ para transformar a questão num debate coletivo. Sinalizamos também que era recorrente o discurso entre os funcionários de que a Programa de Humanização do hospital destinava-se apenas aos usuários e não aos trabalhadores.

Como já ressaltamos anteriormente, um dos princípios da PNH é a indissociabilidade da atenção e da gestão, da clínica e da política. A análise dos funcionários do H.U. demonstrava discordância entre a Política e o Programa de Humanização. No hospital a exigência de melhorar a qualidade da assistência e de aumentar a quantidade de procedimentos realizados para alcançar as metas pactuadas (contrato externo de gestão) desconsiderava as reais condições de trabalho e o conhecimento do trabalhador sobre a situação. Um exemplo era a exigência de aumentar a quantidade de cirurgias, no entanto faltavam fios e lentes para as cirurgias oftalmológicas, roupa de cama e banho - indispensáveis para a internação dos pacientes, medicação e longa fila de espera para realizar a avaliação com o cardiologista.

Nossa hipótese para o adoecimento da equipe foi corroborada com as palavras de Neves (2008): “adoecemos quando não somos mais protagonistas de nossa própria história”. Tínhamos na instituição muitos profissionais que cumpriam uma prescrição, uma norma (“realizar assistência de forma ‘humanizada!’” ou “participar das instâncias de cogestão!”) e, como tal, sem sentido ou possibilidade de realização.

Contamos outra situação emblemática de nosso cotidiano no hospital. Certa vez, a Secretaria de Saúde promoveu um grande evento com a intenção de divulgar as ações de promoção à saúde realizadas pelos serviços da rede. Depois de meses de preparação e discussão entre técnicos da Secretaria e profissionais da ‘ponta’, as unidades de saúde deveriam apresentar as atividades desenvolvidas em seu cotidiano. A Comissão de Humanização do hospital organizou um grupo de funcionários para a montagem do estande, decoração e apresentação das atividades. Após uma manhã descontraída enchendo balões coloridos, acompanhando o ensaio de teatro dos funcionários, voltamos para a instituição e,

logo na entrada, uma enfermeira comenta: “nossa, que ar pesado! A gente não pode rir aqui...”.

Essa fala sintetiza algumas características do ambiente hospitalar que são tomadas como naturais, ou seja, um local frio, tenso, sério, de relações marcadas pela hierarquia e onde momentos de descontração em sua maioria parecem inoportunos. O convívio diário com o sofrimento humano e com a morte tem repercussões no ambiente e também nos corpos e mentes dos trabalhadores.

Para nós a fala da profissional nos remete a reflexão feita por Barros e Barros (2007) sobre o prazer no trabalho. As autoras realizam uma ‘torsão’, uma inflexão no conceito de prazer ao problematizar e enfatizar que não se trata do prazer do ponto de vista individual, subjetivo e hedonista, mas da necessidade da participação do trabalhador, de seu potencial inventivo para que possa se realizar no trabalho, ser sujeito de sua história e não mero executor de uma tarefa.

A preocupação em melhorar o ambiente e as relações no trabalho e fora dele, dificuldades mencionadas nos recortes anteriores, pode ser visualizada através das iniciativas dos próprios profissionais que relatamos abaixo.

Diferente dos demais locais do hospital, na pediatria havia muitas tentativas no intuito de tornar o ambiente menos formal. Os profissionais eram famosos pela alegria e pela criatividade e organizávamos festas com direito a pula-pula, piscina de bolinha e guloseimas com a participação das crianças, pais, voluntários, funcionários e seus familiares. Certa vez, uma determinada criança ficou por longo tempo em coma na UTI e funcionários de diversos setores passaram a visitá-la com frequência. A confirmação de morte encefálica dessa criança arrasou a equipe e uma profissional nos disse: “a gente se importa, aí elas morrem...”.

Neste recorte ressaltamos o empenho dos profissionais em promover um ambiente de trabalho alegre. As festas, juntamente com as reuniões de equipe, eram as estratégias dos trabalhadores da unidade para melhorar as relações e, conseqüentemente, a assistência oferecida. Destacamos a ousadia dos profissionais em arcar coletivamente com as festas e também com as possíveis intecorrências, como as decorrentes da ingestão de doces, por exemplo. As prescrições alimentares tornavam-se flexíveis nesses momentos e podemos inferir que as demais regras e instituídos também. Ressaltamos ainda que o vínculo afetivo estabelecido entre os profissionais e as crianças é um fator essencial para a

produção do cuidado. Entretanto, ao vincular-se, o sujeito também se dá conta da perda, da finitude da vida e dos limites do conhecimento científico.

Citamos ainda algumas iniciativas dos trabalhadores na tentativa de enfrentar as durezas do trabalho. A equipe de Nutrição organizou, junto com a Comissão de Humanização, ações para Reeducação Alimentar. Eram reuniões abertas, uma vez por semana, no horário do 'café', sobre alimentação saudável e acompanhamento dos que queriam perder peso. Organizaram também o Festival de Saladas, que ocorria semanalmente, incentivando o consumo de alimentos saudáveis. A segunda iniciativa foi organizada pela equipe de enfermagem que viabilizou aulas de alongamento para os funcionários após os plantões (manhã e hora do almoço) e exibição de filmes no auditório (hora do almoço).

Tais ações não podem ser desmerecidas, pois trazem alguns benefícios aos trabalhadores. Porém, tratavam-se de medidas paliativas já que não colocavam em análise as reais condições de trabalho, as relações autoritárias, os frágeis vínculos empregatícios, dentre outros aspectos a que nós, trabalhadores do hospital, estávamos submetidos. Essas não eram iniciativas capazes de colocar em análise a instituição para intervir no processo de adoecimento do trabalhador e ainda responsabilizava, mesmo que de forma indireta, o mesmo pela própria saúde.

Para finalizar essa discussão apresentamos mais um recorte de nosso cotidiano de trabalho no H.U. Durante dois anos, as reuniões do Pólo de Educação Permanente em Saúde¹³ aconteciam no auditório da instituição e o hospital era representado pela Direção de Enfermagem e/ou Superintendente e nós, da Gerência de Humanização. Diversas atividades eram organizadas pelos membros do Pólo buscando a formação técnica e ética dos profissionais, tais como concurso de frases educativas, eventos de humanização, semanas de enfermagem e gincana da C.C.I.H., e possuíam grande participação dos funcionários.

Certa vez, numa dessas atividades educativas, em um exercício de refletir sobre as rotinas de trabalho, uma profissional da enfermagem questionou os motivos de dar banho no paciente da UTI durante a madrugada, pois era quando, finalmente, o hospital está sem tantos barulhos e o paciente conseguiria descansar.

¹³ Os Pólos de Educação Permanente em Saúde, conhecidos por Poló de EP, eram instâncias de articulação interinstitucional que buscavam ser espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores, serviços do SUS e instituições formadoras. Os participantes do Pólo tinham o compromisso de desenvolver em seu cotidiano de trabalho ações de EP. Já em 2007 o Ministério da Saúde realiza alterações na Política de Educação Permanente.

O espanto foi geral. As justificativas eram que para os pacientes inconscientes não havia diferença, e que a equipe da noite tinha mais tempo, devendo entregar o paciente limpo para o próximo plantão. Naquele grupo de trabalhadores conseguimos colocar em análise algo tão rotineiro no cotidiano hospitalar como o banho. Fomos discutindo como o modo mecânico de realizar um procedimento é tomado como natural e imutável. Discutimos também que o usuário, principalmente na UTI, não tinha poder de voz e que os processos de trabalho poderiam sim levar em consideração os trabalhadores e usuários.

As curtas histórias, os recortes de nosso cotidiano, contadas acima apontam que o exercício da cogestão, ou das demais diretrizes da PNH, não está dado, não é inerente à formalização de um colegiado, de uma comissão ou de equipe multidisciplinar. A cogestão não acontece por decreto ou na construção de um novo organograma. Um colegiado, por exemplo, pode ser uma reunião de indivíduos de diversas categorias profissionais (ou mesmo corporativo), um espaço burocratizado, que cumpre uma prescrição feita de cima para baixo (uma política pública). No entanto, esse espaço possui potência para debater, disputar, negociar e pactuar jeitos diversos de trabalhar, de enfrentar os problemas do cotidiano na difícil tarefa de produzir saúde.

A criação dos espaços coletivos de decisão visa ao exercício da democracia institucional, à ampliação do conhecimento do trabalhador sobre seu próprio fazer e, conseqüentemente, à promoção de outros modos de subjetivação. Para a PNH, não há separação entre a produção de saúde e a produção de sujeitos, haja vista a Política reafirma o trabalho como “(...) produção de bens e serviços para os usuários, e também espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos” (BRASIL, 2004, p. 06) contribuindo para a formação e exercício de graus maiores de protagonismo e autonomia.

É a transversalidade, um dos princípios da PNH que destacamos anteriormente, que promove a conexão entre trabalho, formação e gestão. A Política aponta para um modo de conceber o trabalho que aposta no encontro dos sujeitos e na criação de novos valores, práticas e relações. Neste modo, a formação não é o que acontece somente fora do local de trabalho, mas é inerente ao cotidiano do fazer saúde. A formação então é intervenção nos processos de trabalho, nos valores instituídos e também em nosso olhar. É uma estratégia para colocar em análise a experiência concreta, o dia a dia de trabalho, visando superar

os problemas que são sinalizados pelos próprios trabalhadores. Assim, o trabalhador está em processo de formação no mesmo momento em que realiza um procedimento, por exemplo, ao se encontrar com o usuário. E a gestão, então, torna-se uma instância coletiva, que é construída no gerenciamento do serviço, do trabalho e também nas maneiras de gerir e gerar¹⁴ a vida das pessoas que nele estão.

O convite que a PNH nos faz trata-se, então, de um meio, uma nova maneira de fazer. A Política não é mais uma meta a ser seguida a qualquer preço através de modos individuais e heroicos que desgastam e adoecem os trabalhadores e que ao longo do tempo os fazem desistir. Também não se utiliza de modos autoritários e verticais para promover a humanização, mas sim formas coletivas de enfrentar as durezas que compõem o mundo do trabalho, resgatando a capacidade de invenção de seus atores.

Nosso trabalho no H.U. demonstrou que as apostas da humanização localizam-se num campo de tensão. São situações que ora conseguíamos negociar, ora apresentavam-se como obstáculos intransponíveis. Esse é um campo, segundo Barros e Barros (2007), composto por “sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poderes (modos de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)” (idem, p. 62) fazendo com que a gestão não seja “apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem” (idem).

Destacamos assim que a gestão dessas situações, do que ocorria no entre sujeitos, poderes, saberes e política pública, era o nosso grande desafio de trabalho. Conforme nos ensina Deleuze, o ‘entre’ nos convoca a fazer “conexões (...) inserção numa onda pré-existente (...) o fundamental é como se fazer aceitar no movimento, (...) ‘chegar entre’ em vez de ser a origem de um esforço (DELEUZE, 1992, p. 151).

Portanto a PNH aposta no trabalho como lugar de criação e formação de sujeitos, como local privilegiado para a realização e construção de sentido para o que se faz, como espaço para apropriação de seu fazer e ampliação da participação e capacidade de análise dos atores envolvidos. Para essa Política, o trabalhador

¹⁴ Fazemos referência à discussão realizada por Rosana Onocko Campos (2003) que a partir do escritor português José Saramago, define as duas dimensões inseparáveis dos processos de gestão em saúde: o gerir e o gerar.

não deve ser considerado passivo, uma vítima que sofre com o trabalho, mas sim ativo, capaz de lutar para transformá-lo.

3.5- Comissão de Humanização: mais uma tarefa?

Pouco tempo depois do início de nosso trabalho no hospital, formamos a Comissão de Humanização que realizava reuniões abertas, ora semanalmente ora quinzenalmente, com o objetivo de ampliar as reflexões e intervenções, buscando, assim, implicar os demais profissionais nesse processo.

Os membros da Comissão nos indicaram para presidi-la a fim de oficializar e comprovar, quando necessário, a existência da Comissão. Tínhamos também a responsabilidade de fazer as convocações, atas e demais atribuições administrativas.

A Comissão de Humanização ou o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), como sugere os documentos da PNH, deve constituir-se como um espaço aberto para o exercício do diálogo e debate das questões que perpassavam a produção do cuidado tanto na atenção quanto na gestão (BRASIL, 2008b). Para a Política Nacional, a humanização não é uma tarefa exclusiva de um grupo de pessoas, tampouco mais atribuições que os trabalhadores deverão acumular em sua longa jornada de trabalho.

A organização do GTH, para PNH, é entendida como um dispositivo que visa disparar e potencializar acontecimentos com a finalidade de mudar os modos instituídos de fazer saúde, ocorrendo 'entre' os processos de trabalho. Um dispositivo, como nos ensina Foucault (2007) e Deleuze (1992), não é dado por natureza, não é a priori; é produzido na relação entre pessoas, coisas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos. Sendo assim, a montagem do Grupo de Humanização tem como meta operar entre os processos de trabalho,

fazendo agenciamentos diversos, colocando em análise os modos verticais de fazer saúde para a criação coletiva de enfrentamentos e desvios.

Ao olharmos para nossa experiência como membro da Comissão do H.U. verificamos que diversos assuntos eram discutidos nas reuniões, tais como: as diretrizes e dispositivos da PNH para melhorar a compreensão dos participantes, ampliação ou não da Comissão, organização de eventos de educação permanente e humanização, festas em datas comemorativas, demanda dos usuários indígenas (que abordaremos na discussão abaixo sobre a diretriz Acolhimento), avaliação dos usuários através do Questionário e Ouvidoria, absenteísmo, espaços de gestão participativa, dentre outros.

A Comissão encontrava muitas dificuldades para realizar sua tarefa, principalmente quando se deparava com as restrições típicas do ambiente hospitalar e do saber hegemônico. As solicitações dos usuários por redes de balanço e tereré¹⁵, dois hábitos da população local, são exemplos disso. As redes de balanço para descanso foram solicitadas na Pediatria, unidade que possuía, com frequência maioria de pacientes e acompanhantes indígenas. A higiene e a conservação dessas redes se colocavam como maiores impedimentos para atender tal solicitação haja vista que era um risco permitir a entrada de redes trazidas de casa, o hospital não tinha como adquiri-las, nem a lavanderia como lavá-las. Quanto ao consumo do tereré, as preocupações eram referentes à interação com medicamentos e riscos de contaminação já que se trata de uma erva diurética, estimulante e, assim como o chimarrão, é ingerida por várias pessoas em um mesmo recipiente.

Apesar da proposta e do esforço dos participantes da Comissão, muitas vezes éramos capturados pela lógica hegemônica e não conseguíamos romper com a produção de procedimentos – seja na produção de reuniões e atas ou na organização de festas comemorativas – sem a devida reflexão da necessidade do que estávamos produzindo. A lógica da eficiência era predominante também em um espaço em que precisávamos refletir na busca pela eficácia e resolutividade de nossas ações.

A Comissão no hospital era uma exigência e um indicativo que confirmava a preocupação da instituição com as propostas da PNH. Mas apesar das tentativas,

¹⁵ Erva mate de origem guarani consumida com água gelada.

os poucos participantes acumulavam diversas responsabilidades, o que era impedimento para várias atividades e motivo de angústia.

Nossa hipótese para o sentimento de impotência, muitas vezes citado pelos participantes, incluindo a pesquisadora, eram devido às dificuldades de exercitar a humanização no cotidiano hospitalar em decorrência das muitas limitações. Além disso, destacamos também a ousadia da tarefa colocada pela PNH que exige nosso reposicionamento frente ao que tomamos como problema no cotidiano de trabalho. Esse reposicionamento ou deslocamento é, ao mesmo tempo, profissional, subjetivo e político já que nos convida a colocar em análise coletiva o que fazemos, como e para que.

Humanizar as relações e as práticas para os membros da Comissão foi se configurando como mais uma atribuição para aquele pequeno grupo de pessoas, tornando-se uma imposição e não um dispositivo¹⁶ com potência para questionar os modos instituídos de fazer saúde em um hospital geral.

3.6- O Acolhimento na produção do cuidado

O Acolhimento, uma das diretrizes da PNH, é um valor a ser construído e exercitado diariamente por todos os profissionais, tanto da assistência quanto da gestão. Visa reorganizar as práticas de saúde para melhorar a qualidade do atendimento prestado, aumentar a eficácia das nossas ações de saúde e propiciar relações interpessoais mais respeitadas.

Para a Política Nacional

¹⁶ Em conversa informal com a pesquisadora Juliana Valadão Leite Archanjo, da Universidade Federal do Espírito Santo, discutimos os modos impositivos de trabalhar com a humanização no SUS e também a radicalidade dessa proposta quando tomada como dispositivo para mudanças na atenção e na gestão. A discussão sobre a humanização enquanto “dispositivo impositivo” compõe o trabalho de mestrado, em andamento, da pesquisadora sob orientação da Prof^o Maria Elizabeth Barros de Barros.

(...) o acolhimento é um modo de operar processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia destes encaminhamentos (BRASIL, 2006, p. 89).

Segundo Neves (2009), o acolhimento é a “liga fundamental” das relações estabelecidas entre os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção do cuidado em saúde. O acolhimento da diversidade na produção de saúde torna-se um reorganizador das práticas, não tem local fixo para acontecer ou pessoa pré-determinada, tampouco pode ser reduzido à recepção ou à triagem. Sua localização está no *entre* os sujeitos, nas relações cotidianas que acontecem nos serviços de saúde e requer, sobretudo, uma postura ética dos trabalhadores.

A cartilha “Acolhimento nas práticas de produção de saúde” (BRASIL, 2004b) traz, além dos aspectos apontados acima, os critérios técnicos denominados como “acolhimento com classificação de risco”, que visa a reorganizar a assistência realizada nos serviços de saúde, principalmente, os de portas-abertas. Através de critérios para classificação de risco, os problemas de saúde passam a ser hierarquizados pela gravidade (risco de morte), e não mais pela ordem de chegada ou uma senha entregue pelo porteiro ao usuário, por exemplo.

Voltamos ao hospital. A diretriz “Acolhimento” orientava nosso trabalho em várias situações. Organizamos, junto com o Colegiado, um momento para apresentar as ações que compunham o Programa de Humanização, contar a história e as normas da instituição para os ingressantes. Esta ação foi denominada de Acolhimento dos Estagiários, Acadêmicos e Funcionários Novos. No contrato de estágio firmado entre o hospital e as instituições de ensino, esse momento com a Gerência de Humanização era condição primeira para o início das atividades acadêmicas e também para visitação. Esta ação foi se configurando como um momento de boas vindas para os novos profissionais e também um espaço de troca com os estagiários. Após o período de estágio, eles nos davam uma devolutiva do aprendizado na instituição, faziam críticas e sugestões.

No H.U., uma instituição de porta-fechada, ou seja, sem pronto-socorro, essa diretriz da PNH foi moldada a partir das especificidades locais. Participamos

também da implantação do Acolhimento da Porta de Entrada cujo objetivo era o de estimular e facilitar o contato entre a instituição e os usuários. O trabalho era desenvolvido por funcionários e estagiários, devidamente identificados e treinados, que ficavam na área externa (doze recepções), recebendo os usuários, esclarecendo dúvidas em relação ao atendimento e fazendo o direcionamento ao setor competente. Pelo fato de o ambulatório de otorrinolaringologia ser referência para essa macrorregião, havia uma grande demanda de usuários deficientes auditivos. Então, o Acolhimento desses usuários era realizado por um profissional que foi capacitado pela instituição para ser intérprete de libras e auxiliar na comunicação.

O hospital é referência para toda região sul do Estado, composta por 34 municípios, e possui aproximadamente 40 mil índios. Em 2005, a morte de várias crianças indígenas por desnutrição ganhou repercussão nacional e internacional, e a gestão do hospital assumiu o compromisso de realizar o atendimento de pediatria para receber essas crianças. Num esforço coletivo, os leitos internação da Pediatria foram inaugurados antes do previsto. Uma parceria entre a direção e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) promoveu a cedência de um auxiliar de enfermagem indígena, para trabalhava como intérprete, auxiliando-nos no Projeto Acolhimento, e também de uma nutricionista para acompanhar a evolução dos pacientes indígenas. Os profissionais da FUNASA buscavam com seu trabalho o respeito às diferenças culturais.

O Acolhimento aos usuários indígenas era muito mais que a mera tradução do guarani para o português. No dia a dia o intérprete nos ensinava valores de outra cultura, como por exemplo, as concepções do que é saúde e doença, o receio das mães e pais em deixarem seus filhos no 'hospital dos brancos', o dilema de acompanhar um filho deixando os outros sem cuidado na aldeia, as longas distâncias que muitas pessoas tinham que percorrer para ter acesso ao serviço de saúde; as dificuldades de estar doente num espaço onde as pessoas falavam outra língua; o paciente que vai embora sem avisar; as diferenças de cultura, de hábitos alimentares e de higiene.

O intérprete era um dos membros da Comissão de Humanização e trazia para as reuniões muitas reivindicações e sugestões. Discutíamos as solicitações dos usuários indígenas e modos de respeitar as diferenças culturais. O exemplo mais emblemático foi a solicitação de uma 'Casa de Fogo', que seria um lugar

parecido com uma fogueira. Trata-se de um espaço importante para as etnias dessa região para as quais o fogo possui uma simbologia¹⁷. Para os indígenas o fogo não deve ser apagado, pois serve para fortalecer a alma, espantar as coisas ruins, esquentar nos dias frios, tomar mate, ficar em volta, dentre tantos outros usos e sentidos.

Para nós, profissionais de saúde formados pelo paradigma biomédico, era descabido utilizar o fogo dentro do hospital da maneira desejada pelos índios, e por isso tornava-se tão difícil aceitar e compreender a Casa de Fogo como fundamental para a produção de saúde. Para o saber hegemônico, a Casa de Fogo era um assunto que não deveria ser levado em consideração. Não conseguimos chegar a um consenso nem mesmo entre os profissionais da Comissão. Os argumentos contrários eram muitos, tornaram essa solicitação algo impossível e que nos paralisou.

Já no momento de escrita dessa dissertação, ao refletir novamente sobre a questão, pensamos que seria profícuo se tivéssemos conversado mais com os indígenas internados sobre sua concepção de saúde e doença, saberes tradicionais e tantos outros assuntos. Não havia condições para atender a demanda específica pela Casa de Fogo, porém outras solicitações dos indígenas poderiam ser negociadas.

No H.U. as diferenças culturais entre índios e não-índios causavam conflitos, e não eram poucos, mas também promoviam encontros e espaços de aprendizado para todos os envolvidos. Apesar das dificuldades, essa convivência pode ser um exemplo de que a humanização se dá na micropolítica, de que nos encontros é possível desconstruir a frieza e a impessoalidade que comumente marcam o hospital e que nós, trabalhadores, portamos uma tecnologia das mais poderosas, as tecnologias-leves (MERHY, 2005), na produção do cuidado em saúde.

O exemplo acima indica um dos muitos embates que enfrentávamos na Gerência de Humanização do H.U. Por um lado, são princípios da PNH o respeito e acolhimento da diversidade na produção de saúde e o exercício da autonomia e

¹⁷ Betty Mindlin (2002) realiza uma análise sobre a origem do fogo em vários povos indígenas brasileiros e aponta a complexidade de lidar com esse universo. Não se pode compreender o mito do fogo de modo isolado já que pertence a uma totalidade. O mito trata do “manancial do imaginário indígena, (...), tão diverso e gigantesco” (idem, p. 152). Sobre o povo Guarani, nas palavras da autora: “são narrativas místicas, complexas, de difícil tradução, vivas e conservadas mesmo depois de 500 anos” (idem, p. 159).

protagonismo de usuários e trabalhadores. Por outro lado, temos a hegemonia do saber biomédico que, segundo Gutierrez (2007) e Mendes (1999), através da medicina flexneriana¹⁸ tem os seguintes valores: o biologicismo, que reduz o processo saúde/doença não levando em conta os componentes subjetivos, culturais e sociais; o mecanicismo, que considera o homem uma máquina previsível capaz de controlar as variáveis que o fazem adoecer; e o individualismo, que enxerga o corpo do indivíduo particular, responsável em si pela sua saúde. Mendes (1999) também enfatiza a especialização, que promove a fragmentação do processo de produção e do produtor; a tecnificação como forma de organizar a produção e o objeto de conhecimento; e o curativismo, ilustrado pelo autor através da mitologia grega, e da qual também se utiliza para nos contar que Escapulário, Deus da Medicina, teve as filhas Panaceia (a cura para todos os males) e Higeia (higiene), que deveriam ser cúmplices, mas se tornaram rivais.

Além das características acima, a paradigma hegemônico promove a organização dos serviços de saúde através do modelo médico-centrado e a redução do sistema de saúde aos estabelecimentos assistenciais médico-hospitalares, com o predomínio dos diagnósticos, da medicação e da busca pela cura. A racionalidade médica moderna pauta-se na mensuração dos fatores objetivos e quantitativos apresentados num corpo biológico com problemas bioquímicos e desconsidera os aspectos psicológicos, sociais e culturais dos processos de adoecimento. As relações desiguais, com o abuso de 'jargão' técnico, fazem com que o paciente deva confessar o que sabe sobre a sua doença, no entanto, o sofrimento impede as pessoas de raciocinar corretamente, uma vez que o único discurso verdadeiro sobre a doença é o discurso médico. Sendo assim, a prescrição do tratamento é um saber inquestionável, um conhecimento verdadeiramente científico que legitima o poder de curar dos profissionais.

¹⁸ A medicina flexneriana tem como marco o Relatório de Abraham Flexner, fruto da avaliação feita pessoalmente por ele em 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, no ano de 1908. O Relatório Flexner, publicado em 1910, foi "instrumento para a acreditação das escolas médicas (...) com implicações diretas em todo o mundo ocidental" (PAGLIOSA e ROS, 2008, p. 494) sendo considerado um importante documento na organização do saber e da prática instaurando a abordagem científica à educação médica. A reconfiguração do modelo de ensino médico é decorrente de alguns fatores, tais como: a caótica situação das escolas médicas americanas; a grande aceitação das terapêuticas não convencionais; a crescente força da indústria farmacêutica; e as influências do modelo anatomo-clínico francês e do modelo de pesquisa experimental alemão que já estavam em curso na consolidação do que veio a ser a medicina científica.

A diretriz Acolhimento busca nortear a produção do cuidado em saúde, o que implica considerar o próprio conceito de saúde como algo que não se limita ao paradigma biomédico como caracterizamos acima. Para o saber hegemônico, o que não se enquadra ou escapa, não serve e por isso não deve ser considerado. No entanto, a concepção de saúde utilizada pela PNH é do campo da Saúde Coletiva, que está sendo tecido nas últimas décadas através das lutas dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica na busca por superar aspectos como o curativismo, o individualismo, o biologicismo, à assistência centrada no médico e no hospital, dentre outros.

Tomar o conceito de saúde ampliado pelo campo da Saúde Coletiva e o Acolhimento como um reorganizador das práticas requer rever os processos de trabalho e questionar os papéis desempenhados tanto por trabalhadores como por usuários.

A importância do diálogo para construir relações mais horizontais entre profissionais e usuários nos remeteu ao sociólogo Samuel Bloom que se tornou referência nos anos 60 e cujas contribuições se deram ao longo das cinco últimas décadas do século passado. Para o autor, as palavras podem tanto ferir como colaborar no processo terapêutico uma vez que a relação estabelecida é essencial para o sucesso ou não do tratamento (NUNES, 1999; 2003).

Bloom, influenciado pelo pensamento parsoniano¹⁹, utilizou-se de um caso clínico intitulado Sra. Tomasetti²⁰ para evidenciar a necessidade de compreender o relacionamento do profissional com o seu paciente imerso num campo complexo que ultrapassa habilidade técnica, racional e individual. Bloom enfatizou a necessidade do profissional de não fazer julgamentos morais, relacionando-se com o paciente como ele de fato é e não com idealizações, e também a importância de

¹⁹ Talcott Parsons marcou a sociologia na década de 50. Para este autor, a doença, pelo o viés funcionalista, é considerada uma 'condição desviante', promove um desequilíbrio nos componentes biológico e social do indivíduo e cabe à prática médica restabelecer a normalidade. O papel do médico é marcado pela importância da objetividade, da especialização e da competência técnica, da neutralidade afetiva e do compromisso com o bem-estar do paciente. Ao doente, que se encontra incapacitado de forma permanente ou temporária, cabe procurar e aceitar ajuda de um médico contribuindo para mudar sua condição. (DESLANDES, 2006; NUNES, 1999, 2003).

²⁰ Referimos-nos ao caso clínico Sra. Tomasetti, personagem do livro de Bloom, "The doctor and this patient: a sociological interpretation", traduzido e ainda não publicado por Everardo Nunes (2003) e Ruth Lavra. O livro, segundo Nunes, é um marco na sociologia da saúde e relata a história de uma senhora portadora de uma doença crônica que apresenta significativa melhora após a troca do médico responsável pelo caso.

dividir responsabilidades referentes ao tratamento com o próprio paciente e com a família.

Para diminuir as desigualdades nas relações em saúde faz-se necessário aumentar os espaços para que o diálogo entre os atores possa ocorrer. A diretriz Acolhimento reafirma a discussão ética do fazer saúde e que somente pode se efetuar a partir da alteridade. Excluir o usuário do diálogo é obrigar, é usar a força. Somente pelo diálogo, através de discussões, trocas e negociações e não de ameaças e culpabilizações, podemos fazer saúde junto com o usuário e não para ele.

3.7- Novos modos de fazer clínica

Nossos benfeitores diminuem nosso valor e nossa vontade,
ainda mais que nossos próprios inimigos.
Nietzsche

Para abordar a dimensão da clínica, discussão inseparável da que realizamos acima sobre a diretriz Acolhimento, retomaremos algumas contribuições de Foucault sobre a saúde. Depois, iremos refletir sobre a nossa experiência no hospital no trabalho com a PNH.

Foucault (2006), em *O nascimento da clínica*, apresenta uma análise da medicina clássica e as mudanças que fizeram com que o conhecimento médico ganhasse o 'status' de científico no final do século XVIII. O autor faz uma crítica aos aspectos reducionistas e organicistas da medicina moderna exemplificando que essa deixou de ser classificatória com influência na botânica, e passou a ser pautada na anatomia-clínica com a dissecação dos cadáveres.

A pergunta inicial entre o médico e o doente era, no século XVIII, "o que é que você tem?" (2006, p. XVI) e transforma-se em "onde lhe dói?" (idem) no século

seguinte. Até o século XVIII havia a possibilidade de cada pessoa ser médico de si mesmo, pois a prática médica podia “conceder grande destaque ao regime, à dietética (...), a toda uma regra de vida que o indivíduo impunha a si mesmo” (idem, p. 38).

Já no século XIX a medicina passa a regular-se pela normalidade opondo o normal do patológico, o sadio do mórbido. O homem tornou-se objeto do conhecimento científico e a verdade de sua doença passou a ser procurada no interior do corpo doente. Então, a doença passou a ser uma experiência produzida no interior, no entanto, antes da anatomia, era da ordem fora, como a peste, a lepra ou a possessão.

Deste modo, foi “no início do século XIX, os médicos descrevem o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável” (idem, p. VIII). Assim

o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica. Época que marca a soberania do olhar (p. 02, idem).

A produção do conhecimento clínico, essencial à formação médica, e o hospital são instituições que surgem de modo tático entre ricos e pobres, visto que “o hospital onde se cura os pobres [é] a clínica, onde se formam os médicos” (2006, p. 125) que, por sua vez, curam os ricos em suas casas. A soberania do olhar complementa-se com outras estratégias do poder disciplinar e do poder pastoral²¹ na medicalização do hospital²².

²¹ O poder pastoral é um modo de relação entre Deus e os homens cujos traços foram encontrados por Foucault no Oriente, mas foi o Cristianismo que promoveu com originalidade “novas relações dos méritos e deméritos, da obediência absoluta [e] da produção das verdades ocultas” (2008, p. 242). Uma forma de exercer o poder, uma racionalidade marcada principalmente pelas seguintes características: verdade, salvação e obediência. O pastor deve conduzir o rebanho ao caminho da verdade, assegurar a salvação de todos e de cada um, e sacrificar-se por cada membro para conquistar a própria salvação. Através do exame de consciência, o pastor sabe o que cada um pensa, sente e faz, conhece os segredos mais íntimos de seus membros, uma vez que os pecados de seu rebanho são imputados ao pastor, obtendo, assim, a obediência e a gratidão de seu rebanho pelo sacrifício (FOUCAULT, 2008; 2008b).

²² O hospital como instrumento terapêutico data de meados do século XVIII. Antes deste período, não se tratava de uma instituição médica, e a medicina tampouco era uma prática hospitalar. O nosocômio assemelhava-se a um ‘morredouro dos pobres’, que não visava prioritariamente o tratamento e a cura, mas a salvação da alma do doente, e também dos leigos e religiosos que ali se doavam por ele (FOUCAULT, 2006; 2007).

Duas instituições de saúde, a clínica e o hospital, são indissociáveis para Foucault e que poderiam nos levar a crer que o conhecimento médico, com as contribuições da anatomia, é uma prática individual. Foucault demonstra, no entanto, que apesar de sua penetração no interior das relações de mercado, a medicina científica é uma “tecnologia do corpo social” (2007, p. 79) que, de modo estratégico, atinge indivíduos e população ao mesmo tempo.

Nosso intuito com essa digressão foi de demonstrar que a anatomia transforma o olhar e a prática médica promovendo a complementaridade entre a clínica e o hospital, e assim, esse conhecimento passa a ser regulado pelo que é normal ou patológico em todo o corpo social (FOUCAULT, 2006; 2007; 2008; 2008b). Esses apontamentos são inseparáveis das características do paradigma biomédico, que descrevemos ao problematizar a diretriz “Acolhimento”, a partir de Gutierrez (2007) e Mendes (1999).

Temos então relações em saúde que estão marcadas pela dissimetria e a ausência de diálogo (CAPONI, 1998; 2000). Nessas, os participantes têm posições determinadas, a saber, um cuidador e alguém a ser cuidado. Usuários e trabalhadores estão em lados opostos. De um lado, há um profissional que detém o saber para curar, e do outro lado há um usuário que, somente quando for consultado, deve confessar tudo que sabe. Há, assim, forte tendência à exclusão do outro, uma vez que o profissional da saúde sabe de antemão o que é melhor para seu paciente; é treinado para, a partir da queixa, diagnosticar e intervir na cura da doença.

A obediência, atributo central do poder pastorado conforme nos ensina Foucault, tornou rotineiro renunciar à vontade própria e submeter-se a alguém. O trabalhador então espera a obediência e relaciona-se com a patologia, com a predominância dos aspectos biológicos, em detrimento do sujeito portador de sofrimento.

A submissão e a subserviência também caracterizam essas relações. Temos um cuidador, que tem algo em abundância e por isso faz uma doação, e alguém que está em situação de vulnerabilidade, sofrendo, necessitando de ajuda para sanar sua carência e que, em troca, deverá demonstrar a sua eterna gratidão. Por piedade e benevolência de alguns, os sofredores são assistidos, renunciando assim à vontade própria e submetem-se ao outro. Esse relacionamento fundamenta-se na

desigualdade, uma vez que implica a invisibilidade de um dos participantes, como se nada tivesse ou pudesse acrescentar.

Visualizamos, assim, as estratégias de poder que “reproduzem e afirmam um tipo de racionalidade fundada em distinções subordinantes, que excluem e anulam a existência de vínculos legítimos entre iguais” (CAPONI, 2000, p. 13), no entanto, “insistem em aparecer sob a forma de um desapaixonado e necessário ‘humanismo’” (idem, 1998, p. 03). Deste modo, as práticas em saúde controlam e vigiam ao mesmo tempo em que prometem o contrário.

Para nós, destacar essa dissimetria não significa almejar uma igualdade idealizada entre os profissionais e os usuários. O conhecimento técnico é determinante e define a vida ou a morte nessa relação, no entanto, como pensar uma saúde que escape da prescrição cega, que prescindia do autoritarismo e da infantilização? Como fazer clínica sem ‘você tem que...’, ‘você deve...’ e ‘você não pode...’?

O exercício da clínica, assim como as demais práticas de saúde, traz em seu bojo a medicalização e o controle tanto do indivíduo quanto da população como nos ensina Foucault. Entretanto, em nossa experiência no hospital, essa dimensão, em muitos momentos, não estava limitada a isso e comportava brechas para novos modos de praticá-la.

Contaremos uma situação, um recorte de nosso cotidiano, a seguir. Certa vez um médico, com longa experiência hospitalar, questionou-nos se pedir licença para apalpar o abdômen de um paciente poderia ser caracterizada como uma ação de humanização. Esse exemplo demonstrava a apropriação do saber hegemônico sobre o corpo do outro, de que nos falava Foucault. No entanto, apontava também que esse profissional estava refletindo sobre o seu fazer, sobre a necessidade de pedir o consentimento do usuário, quando isso fosse possível, percebendo que há um sujeito que sofre e não somente um abdômen a ser avaliado ou uma patologia. Após a nossa conversa com esse profissional sobre outros modos de exercer a clínica, ficamos nos questionando se isso era um dos efeitos das discussões que fazíamos no hospital.

Outro recorte de nosso cotidiano que enfatiza uma prática clínica que leva o outro em consideração foi quando um paciente internado reclamou para alguém da equipe sobre a dificuldade de ficar sem tomar café. Diante disso, seu médico criou, junto com a equipe de enfermagem e com a família, uma ‘rota de tráfico’ para a

entrada do café na enfermaria a contragosto da equipe de nutrição, que não admitia alteração na dieta prescrita.

Sinalizamos, com esse recorte, uma negociação do profissional com o seu paciente sobre o que seria melhor naquele momento. No entanto, essa situação também evidenciava a ausência de espaços para compartilhar o exercício da clínica numa equipe multidisciplinar, como as reuniões de equipe, as discussões de caso e a construção de projetos terapêuticos, que são dispositivos da PNH. Destacamos, assim, os modos individuais de fazer clínica, sendo mais fácil arrumar um 'jeitinho' a negociar com os demais profissionais e com o próprio usuário um tratamento exequível.

Naquele momento, início das atividades do hospital, as discussões de caso, quando ocorriam, eram, em sua maioria, entre os profissionais de uma mesma categoria, no balcão do posto de enfermagem, entre uma prescrição e outra. Não eram tomadas como espaço de reflexão e aprendizagem na construção de uma assistência multidisciplinar e, portanto, de melhor qualidade e mais resolutiva.

No recorte anterior apontamos que os modos individuais de fazer clínica eram rotineiros na instituição. Destacamos agora outra situação do hospital para ilustrar um momento em que o diálogo foi fundamental. Uma idosa, em fase terminal, estava no soro e se recusava a comer há vários dias. A equipe, depois de muita conversa, conseguiu saber que a senhora gostaria de comer um macarrão e explicou, inclusive, o jeito de fazê-lo. A enfermeira convenceu a nutricionista sobre a importância de fazer exatamente o macarrão conforme as recomendações. A senhora ainda não ficou satisfeita, e a enfermeira percebeu que era da comida de casa, da filha, que a senhora estava com saudades e negociou com os demais trabalhadores a entrada da comida. Dias depois, a idosa faleceu, e a equipe ficou com o sentimento de dever cumprido.

Enfatizamos, com esse exemplo, a dificuldade do profissional de saúde em aceitar a recusa do paciente em receber tratamento, e depois, a sensibilidade e insistência da mesma equipe em perceber que o alimento que faltava era a saudade. E por fim, sinalizamos que as regras são construídas e, então, podem ser desfeitas por nós.

Essa experiência de trabalho no H.U. de Dourados nos impunha desafios diversos. O hospital recebia pessoas indígenas de toda região sul do Estado e, às vezes, índios e não-índios também do país vizinho, o Paraguai. As diferenças de

cultura e de idioma tornavam a convivência cheia de altos e baixos como já abordamos na diretriz Acolhimento. Certa vez, a equipe da Pediatria nos chamou para conversar com algumas mães que estavam guardando objetos do hospital em suas malas. Depois de muita conversa, com o auxílio do intérprete, descobrimos que aquelas pessoas não compreendiam o que era o 'empréstimo' e, quando recebiam a toalha de banho, por exemplo, entendiam que estavam ganhando um objeto.

No trabalho com a população indígena e em uma região de fronteira fazíamos, muitas vezes, questionar sobre qual clínica praticávamos quando o usuário mal não entendia o que falávamos. O diálogo, fator essencial para as diretrizes da PNH, é um exercício cotidiano e ora acontecia, ora não. O trabalho do intérprete, mencionado acima, era fundamental na busca por diminuir as distâncias e as dificuldades de comunicação, e, em vários momentos, tínhamos também a impressão de que o seu trabalho havia contaminado os demais profissionais, já que presenciávamos o movimento dos funcionários pelo hospital na procura por alguém que falasse o guarani, o espanhol ou os dialetos indígenas.

Considerar o usuário como um "outro legítimo na relação" (CAPONI, 2000; 1998), como alguém com quem podemos fazer trocas, também nos fez lembrar de uma história que nos foi contada pela equipe da Imagem. Uma funcionária do setor, ao perceber o incomum sobrenome de duas usuárias diferentes, comentou com a segunda sobre a coincidência, promovendo, assim, um grande encontro entre irmãs que foram separadas quando pequenas.

O nome do paciente numa instituição com grande volume, e num setor de exames ambulatoriais, é algo que só ganha relevância se o usuário 'der trabalho', portar uma doença incomum ou se o profissional enxergar o usuário como alguém com quem se pode dialogar.

O diálogo é a abertura para compreender o usuário e o processo de adoecimento não restrito à sua dimensão biológica, no entanto é por causa de sua patologia que o usuário procura o hospital. No recorte que contamos a seguir sinalizamos essa captura. Um usuário da Saúde Mental tinha bolsa de colostomia e fazia o curativo diariamente no hospital. A equipe de enfermagem fazia-o tomar banho, pois o mesmo não tinha chuveiro em casa. Tentamos várias vezes que este usuário fosse à Unidade Básica de Saúde, e, para isso, fizemos contato, agendamos o horário e discutimos o caso com quem o receberia lá, mas o paciente

sempre preferia o hospital. Certa vez, o paciente veio pedir nossa autorização para que um técnico de enfermagem, o que fazia o curativo, fosse com ele até Barretos, em São Paulo, dar continuidade ao tratamento. Num primeiro momento, esse era um usuário difícil, que não respeitava as regras da instituição e conhecido por não dar prosseguimento ao tratamento, mas o vínculo construído entre ele e os profissionais da instituição fez a diferença.

Já no momento da escrita dessa dissertação, ao nos lembrarmos desse usuário que insistia em ser tratado no hospital, avaliamos que teria sido mais profícuo termos incluído também o CAPS nessa discussão. O cuidado que esse usuário recebia da equipe do hospital não estava limitado ao curativo, senão poderia ser feito em qualquer unidade de saúde.

Nosso olhar estava restrito e treinado a perguntar-lhe 'onde lhe dói?'. Demoramos a compreender que o cuidado, para aquele usuário, era produzido pelas recepcionistas, pelos funcionários do Acolhimento, por nós que íamos vê-lo no ambulatório e argumentávamos que seu lugar não era ali e, principalmente, pelo técnico de enfermagem que, com sua calma e delicadeza, fazia o curativo diariamente e o convenceu a retomar o tratamento.

E para finalizar nossas reflexões sobre a clínica no H.U., relatamos mais um momento de nosso trabalho que aponta, dentre outros aspectos, o quanto nosso olhar também se ampliou.

Certa vez, um médico nos pediu para comunicar uma amputação de membro ao jovem paciente porque éramos da psicologia, da humanização e tínhamos 'mais jeito' para falar sobre um assunto tão delicado como esse. Esse exemplo nos serve para problematizar alguns aspectos. Apontamos a dificuldade e a falta de preparo dos profissionais, de modo geral, para comunicar aos pacientes uma má notícia oriunda da restrita formação biologicista vivida no cotidiano. Também podemos notar a dificuldade do profissional da medicina em admitir sua incapacidade de lidar com um paciente, a ponto de justificar seu pedido apenas no suposto melhor "jeito" do psicólogo para esse tipo de notícia.

Naquele momento, argumentamos com o colega sobre o vínculo que estava sendo construído entre ele e o paciente e, por isso, a importância de uma conversa franca sobre a necessidade da amputação. Já na escrita dessa dissertação com as experiências e as reflexões que dispomos, avaliamos que teria sido mais profícuo

irmos juntos até o usuário, tomar o convite como uma estratégia para o diálogo na ampliação de nossas práticas. Questionamo-nos também se aquela amputação não poderia ter sido evitada, se a Rede de Saúde funcionasse de outro jeito.

Campos (1997) sintetiza as discussões sobre a clínica em três categorias: clínica tradicional – onde o sujeito é reduzido a uma doença biológica que deve ser curada; clínica degradada – a prática conhecida como queixa/conduita que trata somente os sintomas; e clínica ampliada, uma diretriz da PNH, e pode ser definida como a clínica que concebe o sujeito enquanto ser social, histórico, biológico, subjetivo e etc.

Podemos visualizar as categorias propostas por Campos nas histórias vivenciadas por nós no hospital. Muitas vezes o profissional de saúde, inclusive a pesquisadora, só consegue enxergar a doença e seu sintoma. No entanto, o encontro entre o usuário e o trabalhador comporta uma abertura para que o diálogo aconteça, para novas possibilidades de relação e para a construção de outros modos de fazer clínica.

A Clínica Ampliada, como diretriz da PNH, já estava presente nos princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS. Também é uma importante estratégia do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, e foi amplamente discutida por seus teóricos e militantes. Essa clínica, apropriada para as transformações propostas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica, não trata mais de uma clínica da arte do olhar, de observar e tratar o paciente na cama, mas sim da “clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos, no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas” (Costa-Rosa *et al.*, 2002, p. 30).

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica propõem modos diferentes de fazer saúde, mudanças nos modelos de atenção e na gestão, assim como mudança de objeto. Temos uma transformação de um olhar restrito à doença para um processo de produção de práticas que promovam novos sujeitos que sejam ativos e participantes. São trajetórias que se encontram, possuem conceitos, valores e atores em comum, e que compartilham, entre outros fatores, da promoção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, da importância dos processos coletivos, e da mudança nos modos de cuidar em saúde, sejam loucos ou não.

A PNH propõe outros modos de exercer a clínica que implica produzir, fazer saúde junto com o outro e não para o outro, ampliando o grau de autonomia dos atores envolvidos, utilizando tanto dos conhecimentos científicos como do saber popular dos sujeitos em relação, ou seja, sujeitos concretos com suas histórias de vida e relações sociais. Uma Clínica da invenção cotidiana, que nos convida - ou será um compromisso ético? - a ampliar nosso foco de visão como estratégia para dar conta da multiplicidade de aspectos que interferem na saúde e na doença. Mas há de se tomar muito cuidado, doses de prudência, como aconselharia Guattari (1981), para não sermos capturados nesta ampliação da Clínica, para que tudo não se torne passível de se clinicar, ou estaremos novamente mergulhados nas especializações e nas patologizações do corpo e do cotidiano, constituindo um retrocesso, e não promovendo integralidade de nossas ações.

Fazemos do questionamento de Caponi o nosso:

quicá, então, se possam fortalecer os necessitados, em lugar de debilitá-los; possibilitar sua inserção em novas redes sociais, e não estimular seu isolamento; reconhecer neles sujeitos capazes de decisão e diálogo, e não reforçar estratégias de infantilização (CAPONI, 2000, p. 13).

Nossa discussão não se localiza no campo da culpa de alguns e na inocência de outros, por isso não nos interessa julgar os profissionais pelo modo com que tratam os pacientes. Objetivamos aqui ampliar a compreensão da racionalidade hegemônica que, sob a denominação 'saúde', reforça (ou produz?) no dia a dia o olhar sobre a doença. Utilizamos as discussões sobre a racionalidade médica, contudo esclarecemos que nossa reflexão se insere no campo das práticas em saúde, que descrevemos como o paradigma biomédico e no qual, com remédios ou não, promovem comumente a medicalização e normalização de modos de vida a partir do pensamento de Foucault (2006; 2007; 2008; 2008b).

O pensamento de Foucault evidencia as formas minuciosas de controle, vigilância e medicalização da vida, no entanto, para o filósofo, as relações de poder comportam também as possibilidades de resistência e criação. Essas dimensões perpassam os recortes acima que escolhemos para ilustrar nossa discussão e que eram rotineiros no hospital apontando tanto a clínica como exercício de poder quanto como resistência e negociação. Os inúmeros desafios do cotidiano convocavam o profissional a questionar o lugar prévio que ocupava na relação com

o usuário. O usuário também tem conquistado espaço para dizer e ser ouvido sobre o que é essencial para sua saúde fazendo com que o profissional tenha que mudar de estratégia e negociar. Para nós, este é um processo em curso de revisão dos saberes e das práticas.

O desafio da PNH, portanto, está na produção de desvios aos modos instituídos de fazer clínica na qual usuário e trabalhador são coresponsáveis nessa relação. O que fomos aprendendo ao longo de nossa experiência no hospital é que a Clínica Ampliada, como diretriz da Política, nos convida a criar um saber que implica renunciar a clínica como “um instrumento de controle, [para que] possa afirmar-se em um espaço solidário de vínculos” (CAPONI, 2000, p. 48). Uma clínica como espaço de diálogo, trocas e negociação.

3.8- A participação dos usuários ou “eles só atrapalham”

Um marco para a constituição do direito à saúde em nosso país é a 8^o Conferência Nacional de Saúde (8^o CNS), ocorrida em Brasília, em 1986, que reuniu mais de 4.000 mil pessoas e “inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde” (ESCOREL e BOCH, 2005, p. 97), sendo a “grande matriz da Reforma Sanitária” (idem, p. 99).

Sonia Fleury destaca a importância do processo democrático ocorrido na ‘Oitava’. Foi “a primeira vez que tal Conferência deixa de ser um encontro estritamente técnico, que põe de lado a ênfase na burocracia do Estado e na intelectualidade, para incorporar o pensamento de outros setores da sociedade” (RADIS, 1986, p.13). Também para Sérgio Arouca, que estava na organização da Conferência, “a Oitava foi o evento mais significativo, em termos de debate, da história da saúde no Brasil” (idem, p. 8).

Tivemos naquele momento um processo coletivo em que intelectuais, integrantes de movimentos sociais e religiosos discutiram os rumos da saúde no Brasil cujo Relatório Final da Oitava subsidiou o texto da Constituição de 1988. É importante destacar ainda que não houve somente um processo de autonomia e protagonismo dos atores sociais, mas também a ampliação da produção teórica e prática e a ocupação de lugares estratégicos na máquina do Estado para efetivação da saúde como direito.

Apesar dos avanços legais conquistados na Constituição e expressos na Lei 8.142, de 1990, que primam pela participação da comunidade para o funcionamento do SUS, não é raro o usuário do hospital ainda ser reduzido a sua condição de passivo. A PNH com as diretrizes Cogestão e Clínica Ampliada propõe mudanças nos modelos de atenção e gestão. Nessa tarefa usuários e familiares são imprescindíveis, seja na abertura para o diálogo promovendo relações menos hierárquicas na assistência oferecida pelos serviços de saúde, seja na participação da condução e formulação das políticas de saúde através das instâncias de controle social.

O hospital moderno, como já enfatizamos anteriormente, é um local marcado pelo domínio do saber biomédico, e nesta relação o paciente comumente ocupa um lugar pré-estabelecido caracterizado pela passividade, submissão e não possuindo conhecimento para decidir o que é melhor para si mesmo. Entretanto, a PNH reafirma a participação do usuário e a manutenção de sua rede social como fatores essenciais no processo de recuperação e produção de saúde.

No momento de inauguração dos primeiros leitos de internação do H.U. de Dourados, criamos dois canais de comunicação: o Serviço de Ouvidoria, em que atuávamos como ouvidora; e o Questionário de Avaliação da Satisfação do Usuário, onde tabulávamos, refletíamos e encaminhávamos devidamente as informações obtidas.

O Serviço de Ouvidoria buscava defender e representar os direitos do cidadão e tinha as funções de registrar as informações recebidas, avaliar a procedência das solicitações, encaminhá-las ao setor competente, acompanhar as providências, cobrar soluções e retornar ao interessado. O usuário procurava a Ouvidoria ou o Questionário para expor sugestões, elogios e queixas. Os questionários estavam disponíveis nas recepções para o preenchimento junto a uma urna para o depósito. Os funcionários do Acolhimento da Porta de Entrada

também aplicavam o questionário no momento da alta hospitalar e ajudavam na divulgação dos canais de comunicação.

Nesse processo percebemos que o usuário do hospital assemelhava-se a um cliente que exigia um direito, mas não se implicava como ator na transformação da instituição. Contudo não conseguimos construir espaços para a participação efetiva dos mesmos nas instâncias deliberativas, apesar da proposta da gestão descentralizada.

Iniciamos também discussões sobre a visita aberta e o direito ao acompanhante que, assim como a Ouvidoria e Questionário de Avaliação, são dispositivos da PNH para a inclusão do usuário como ator nesse processo. Na condição de visitante e acompanhante o usuário também enfrentava muitas dificuldades.

As seguintes falas eram frequentes entre os profissionais do hospital: “é melhor o usuário não ter contato com a família para não se estressar”, “hospital não é lugar de criança”, “visitante só atrapalha”, “UTI não é lugar para a família”. Com base na PNH, argumentávamos com a equipe sobre a diminuição do tempo de internação dos pacientes quando possuíam acompanhantes e visitantes, sobre a nossa necessidade de receber visita quando ficávamos doentes, sobre as experiências pelo Brasil de visita aberta, e sobre como essas mesmas restrições eram quebradas quando se tratavam de pessoas conhecidas que estavam internadas ou de instituições particulares.

Muitas vezes ouvíamos de usuários e familiares que tinham receio de sofrer alguma retaliação por parte dos profissionais e por isso demoravam a registrar as reclamações. Mais uma vez aqui reforçamos as relações dissimétricas marcadas pela submissão e obediência do usuário, além da dimensão de favor e caridade com que os serviços são realizados. Ambas as questões colocam-se como desafios para a PNH e todo o SUS.

Além dos obstáculos colocados pelos profissionais, outra dificuldade em relação ao acompanhante encontra-se na contradição do próprio SUS. Apesar da indicação pela visita aberta e do direito ao acompanhante da PNH, a norma do Sistema de Informações Hospitalares²³ determina que:

²³ O Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) pode ser consultado no seguinte endereço: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/07_0066_M.pdf

(...) é permitida a presença de acompanhante para menores de 18 anos, sem restrições, e maiores de 18 em casos excepcionais, ou seja, nos casos em que o quadro clínico justifique. Cabe, sob o ponto de vista médico, a determinação da imprescindibilidade da permanência do acompanhante. (...) torna obrigatória nos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS a viabilização de meios que permitem a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade (BRASIL, 2007, p. 64).

A abertura do hospital para amigos e familiares é um assunto que gera tensão. Com a nossa experiência sinalizamos alguns aspectos que não recebem a mesma relevância numa instituição privada. O custo da alimentação, limpeza e material de consumo eram argumentos muito comuns para limitar o acesso. A preocupação com o controle da infecção hospitalar também era justificativa usada para restringir o fluxo de pessoas circulando na instituição.

Outro aspecto refere-se ao acompanhante ser mais uma prescrição médica e, por isso, dependente da sensibilidade ou não, de um único profissional. Mais um fator levantado é o acompanhante ser considerado um empecilho, porque questiona, atrapalha e mexe nos equipamentos ligados ao paciente. Ao mesmo tempo é alguém que ajuda no trabalho da equipe de enfermagem, como no momento do banho, na ida ao banheiro, mudança de posição na cama e etc., colaborando, assim, para a manutenção das escalas de trabalho 'enxutas'.

Na racionalidade gerencial hegemônica o que recebe destaque é a eficiência e não a eficácia. O dimensionamento do trabalho da enfermagem no hospital, por exemplo, leva quais aspectos do usuário em consideração?

Ao discutir o trabalho, a gestão e a formação destacamos que para a PNH o trabalhador não é um mero executor de uma tarefa e pode criar, ou não, sentido para o que faz. Apostamos, então, que ao se encontrar com o outro, os profissionais vinculam-se, realizam trocas, resistindo, assim, à lógica hegemônica que os consideram mais um recurso.

Além dos apontamentos acima, existiam também outros obstáculos cotidianos no H.U., como a falta de cobertor para os acompanhantes no inverno, a dificuldade do acompanhante em dormir na cadeira de fio, o fato dos acompanhantes colocarem o cobertor no chão a contragosto da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), as dificuldades com a alimentação, dentre vários outros aspectos.

Durante meses discutimos com a ajuda da Direção de Enfermagem modos de flexibilizar os horários de visita. Ampliamos a discussão para o Colegiado de Gerência, a Direção Clínica, Equipe de Enfermagem, Nutrição e, juntos, montamos um panfleto informativo para os visitantes e acompanhantes.

Das discussões sobre os visitantes e acompanhantes, surgiu um rodízio entre nós da Gerência de Humanização, os funcionários do Acolhimento e a equipe de enfermagem para que houvesse sempre alguém, minutos antes da abertura da visita, para conversar com os visitantes, orientá-los e tirar algumas de suas dúvidas. Neste momento eram fornecidas algumas recomendações como, por exemplo, que todos lavassem as mãos antes e depois da visita, a pedido da CCIH.

A equipe da pediatria, inclusive da UTI, merece destaque pela disposição com que acolhiam os visitantes, recebendo-os durante todo o dia, orientando para a lavagem de mãos na entrada e na saída, para o uso do avental descartável e para que tocassem as crianças e conversassem com elas.

Já na UTI adulto, os atrasos e os cancelamentos do horário de visita, devido às intercorrências, eram frequentes. Os familiares reclamavam na Ouvidoria e através do Questionário, contavam que vinham de longe, inclusive de outros municípios, e diziam da angústia de esperar e do medo da intercorrência ser com o seu familiar. Depois de muita discussão, foi acordado que, na impossibilidade ou no atraso da visita, haveria uma rápida conversa da equipe, inclusive médica, com os visitantes.

O descompasso no tratamento oferecido entre as duas UTIs talvez não seja justificado apenas nas diferenças individuais dos membros das equipes, mas, possivelmente, na característica cultural dada à infância, ou seja, a criança é considerada mais frágil e mais merecedora de cuidado.

A participação do usuário na instituição estava restrita aos dois canais de comunicação já citados e na função de acompanhante e visitante. Entretanto, ao longo dos anos, fomos acompanhando gradativamente o fortalecimento desses dispositivos. O Serviço de Ouvidoria do H.U. foi o primeiro da cidade e de toda a região sul do Estado. Tempos depois, a Secretaria de Saúde (SEMS) também aderiu à proposta e criou a Ouvidoria para toda a Rede. Tínhamos um diálogo profícuo com a Ouvidoria da SEMS, e encaminhávamos as queixas, assim como recebíamos e dávamos prosseguimento às ocorrências dos usuários registradas na Secretaria.

Com a nossa experiência no hospital, podemos afirmar que a Ouvidoria pode - ora conseguíamos, ora não - ser propositiva e ir muito além de apenas investigar o fundamento da queixa e o culpado. Esta estratégia tem potência para sinalizar os problemas institucionais e coletivos referentes ao modo de organização do trabalho, às condições materiais para sua realização e sugerir mudanças na atenção e na gestão.

Ao avaliarmos esses dispositivos no H.U., sinalizamos que, por um lado, não foi possível organizar os processos de trabalho para garantir a visita aberta e a importância do acompanhante em todos os procedimentos ambulatoriais e de internação. Por outro lado, avançamos, na construção da maleabilidade dos profissionais e das regras da instituição. Este foi o primeiro hospital SUS da cidade a ter visitas todos os dias, em dois horários, inclusive *in loco* nas UTIs.

Apesar dos avanços, há um longo caminho a ser percorrido na desconstrução do isolamento a que o usuário do serviço público ainda está condenado.

3.9- Quando os espaços não são somente físicos

Os espaços são considerados pela PNH como territórios de encontros, trocas, relações sociais interferindo nos processos de trabalho e não são meramente físicos. A ambiência é compreendida como um dos dispositivos da Política para melhorar a qualidade das relações em saúde e promover as necessárias mudanças na atenção e na gestão. A discussão compartilhada para adequação dos espaços tem como objetivo promover encontros com mais conforto, privacidade, com a otimização dos recursos e facilitando os processos de trabalho (BRASIL, 2008).

Utilizar cores nos ambientes, por exemplo, é uma das estratégias para combater a impessoalidade – travestida de branco – que marca as relações nos

serviços de saúde e, principalmente, no hospital. Assim como as cores, a luminosidade, o cheiro, o som, a organização do espaço físico e demais elementos interferem no bem-estar (ou não) das pessoas, sejam elas usuárias, familiares ou trabalhadoras. A ambiência, como um modo de fazer saúde, requer a participação das pessoas envolvidas, pois são elas que utilizam o espaço, conhecem as limitações e podem refletir sobre a relação do espaço com a organização do trabalho promovendo transformações.

A concretização de algumas mudanças foi possível no H.U. No Centro Cirúrgico, por exemplo, os próprios profissionais se apropriaram de uma antesala e construíram uma nova rotina de trabalho. O fluxo era o seguinte: da sala cirúrgica o paciente era encaminhado para a recuperação pós-anestésica (RPA) e, ao acordar, voltava para o quarto, onde poderia receber visitas. No entanto, quando o paciente era uma criança, um familiar ficava esperando a realização do procedimento numa sala próxima ao Centro Cirúrgico e a recebia assim que ela despertasse da anestesia. Essa organização, além de tranquilizar pais e crianças, também facilitava o diálogo entre a equipe e os familiares.

A iniciativa daquela equipe em alterar a rotina do Centro Cirúrgico e utilizar o espaço físico para aproximar criança, família e profissional merece destaque, uma vez que buscava diminuir a assimetria criticada por nós ao longo desse trabalho. Entretanto, o paciente adulto não tinha o mesmo direito, não era merecedor do mesmo cuidado, como já apontamos ao discutir a questão dos visitantes e acompanhantes.

Na Unidade Pediátrica (enfermaria, UTI e pronto atendimento) ressaltamos os painéis coloridos, o espaço para tomar sol e bater papo, uma amarelinha, uma quadra de futebol e uma Brinquedoteca, aspectos que deixavam o lugar mais agradável. Além disso, também demonstravam a preocupação dos profissionais com a importância do brincar e da influência do ambiente na recuperação das crianças.

No ambulatório de especialidades, sinalizamos a adequação das recepções a partir das solicitações feitas pelos próprios usuários através da Ouvidoria e Questionário de Avaliação. Eles reivindicaram e conseguiram cadeiras, ventiladores, televisor, murais informativos e um novo modo de organização das filas para consulta. As alterações no espaço físico levaram-nos a problematizar as

longas filas e o tempo de espera para consulta nas reuniões do Colegiado de Gerência.

A preocupação com a ambiência promoveu ainda a colocação de placas de identificação nos leitos de internação - inclusive nas UTIs -, a organização do 'Espaço de Leitura', uma pequena biblioteca organizada com doações da comunidade e a colocação de poltronas confortáveis para os acompanhantes na Pediatria.

Das muitas histórias de autoria coletiva lembramo-nos de mais uma. Certa vez, fomos à UTI e alguns funcionários sugeriram que fizéssemos um mural nas janelas de vidro de um espaço desativado. Descobrimos que os funcionários guardavam os desenhos das crianças que haviam passado pela Unidade. Juntamos, então, tais desenhos àqueles feitos na Pediatria, convidamos as crianças da Clínica Cirúrgica para pintar, e as janelas ganharam novo aspecto e, podemos inferir que um novo sentido também.

Ainda sobre a ambiência, não avançamos nas discussões sobre a luminosidade na UTI, que interfere no sono dos pacientes, além da ausência de janelas que deixavam funcionários e usuários sem referências temporais e climáticas.

Podemos, assim, perceber que o processo de humanização das práticas e da instituição hospitalar era heterogêneo. Em alguns momentos era incentivado e sustentado coletivamente e, ao mesmo tempo, estagnado por conta de obstáculos que se apresentam como intransponíveis, tais como algumas mudanças nas rotinas e nos processos de trabalho, no planejamento financeiro e quando indicavam a necessidade de alterações arquitetônicas.

3.10- Como fazer diferente?

Como uma das gestoras responsáveis pelas ações citadas acima, refletíamos sobre como fazer diferente o que era realizado de forma mecanizada e impessoal. Tínhamos como meta problematizar a fria rotina da instituição hospitalar, e, assim, promover atividades diversificadas, levando novos ares a um cotidiano marcado pelo sofrimento humano, pela dor e pela morte.

Nosso trabalho como Gerente de Humanização era o de propor ações, apresentar e discutir a PNH, e também, viabilizar, estar junto, incentivar para que os demais trabalhadores, usuários e estagiários participassem como atores desse processo. Assim, as ações do Programa de Humanização do H.U. foram construídas coletivamente e buscavam implicar, fomentar e agenciar novas parcerias.

Para ilustrar, citamos mais algumas estratégias de autoria coletiva que produziam diferença nas pessoas e no cotidiano institucional.

A equipe da Pediatria, juntamente com a Comissão de Humanização, organizou um concurso para decidir o nome fantasia, um apelido, para UTI Pediátrica. Os funcionários da Unidade diziam do estigma da gravidade e da morte que perpassavam aquele ambiente de trabalho e encontraram no Concurso um modo, mesmo que temporário, de minimizar tal questão.

Outro concurso também merece destaque. Os funcionários e acadêmicos foram convidados pela Comissão de Humanização a pensar sobre a temática da educação permanente em saúde; formularam, então, frases educativas e as selecionadas por um conjunto de trabalhadores foram pintadas nos novos bancos de concreto ao redor do hospital.

Citamos também a Roda de Violão que organizamos junto a um funcionário administrativo. As Rodas aconteciam semanalmente nas recepções do ambulatório e no solário, parte interna da instituição, promovendo momentos de descontração e leveza.

Realizamos ainda uma parceria com a Fundação de Cultura da cidade a fim de aproveitar as recepções do hospital e o grande fluxo de usuários para realizar exposições de fotos antigas da cidade e obras dos artistas da região. E não podemos deixar de mencionar as festas e os momentos musicais organizados em parceria pelos voluntários, estagiários, trabalhadores e gestores.

Tais ações, como os concursos e as comemorações, não tinham o respaldo da PNH e tampouco a potência de seus dispositivos; entretanto, demonstravam a

implicação e a participação dos trabalhadores por melhorar o ambiente de trabalho buscando fazer um hospital diferente, depois de mais de duas décadas desde a construção do prédio. Além disso, as iniciativas mobilizavam muitos profissionais apontando que havia uma compreensão ampliada do que era produzir o cuidado em saúde, e essa tarefa, às vezes, não estava restrita a realização de procedimentos num corpo biológico.

Em alguns momentos foi possível refletir junto com os demais trabalhadores sobre os motivos de realizar as ações comemorativas. No entanto, em sua maioria, essas não colocavam em análise a instituição, as relações de poder e os processos de trabalho, questões fundamentais para as mudanças na atenção e na gestão almejadas pela PNH.

Como já ressaltamos em outras etapas desta dissertação, no H.U. a participação do usuário estava restrita aos canais de comunicação ou à tarefa de ser acompanhante e visitante. As iniciativas para promover mudanças no hospital, em sua maioria, eram **dos** trabalhadores **para** os usuários e não atividades discutidas e realizadas conjuntamente. Isso se deve, dentre vários aspectos, ao fato de o hospital ser um *locus* do saber/poder biomédico e, como tal, nessa relação, o usuário tem pouco poder de negociação.

Analisamos, para finalizar, mais uma iniciativa sobre o processo de humanização em questão. Havia no Colegiado de Gerência do hospital muitas discussões sobre a manutenção ou não dos seis leitos de psiquiatria. Os ‘loucos’ incomodavam, faziam barulho, fugiam e deixavam os demais pacientes e também os trabalhadores com medo. Observamos então a necessidade de melhorar a articulação do hospital com os demais serviços de Saúde Mental da Rede de Dourados para garantir aos usuários uma atenção em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira²⁴ pode ser definido como um

²⁴ Paulo Amarante (1995) destaca as seguintes experiências internacionais que influenciaram a Reforma brasileira dividindo-as em três momentos: o primeiro busca a reforma das instituições psiquiátricas tal como propõem a psicoterapia institucional na França e as comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos. O segundo tem o objetivo de prevenir e promover a saúde mental com as experiências da psiquiatria comunitária nos Estados Unidos e a psiquiatria de setor francesa. E o terceiro momento, marcado pela antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria de tradição basagliana na Itália que promoveram uma ruptura ao desconstruir a instituição, as práticas e o saber psiquiátrico.

(...) processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (...) uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 87).

O novo modelo denominado de Atenção Psicossocial não se restringe à promoção de mudança na assistência psiquiátrica. Trata-se de um processo complexo e que ocorre de forma concomitante nos campos técnico-científico, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003; AMARANTE, 1995). As mudanças buscam romper com a idéia de cura como retorno ao equilíbrio e à normalidade ou à simples remissão dos sintomas, e está construindo transformações nas práticas ao promover um outro olhar sobre o doente e a sua doença, em oposição radical ao modo asilar. As ações de cuidado são destinadas ao usuário que deve a ser considerado como um ator social, sujeito de direitos e desejos. Assim, é necessário um reposicionamento do sujeito em suas dimensões biológicas, subjetivas e socioculturais (LUZIO, 2003).

Este é um “processo de transformação paradigmática ora curso” (LUZIO e L’ABBATE, 2006, p. 296) na tentativa de dar à problemática novas respostas na luta pela

construção de um outro lugar social para a loucura que não (...) o da anormalidade, da periculosidade, irresponsabilidade, incompetência, insensatez, do erro, defeito, e da incapacidade, pois os objetivos [estão] centrados na inclusão, na solidariedade e cidadania (idem, p. 295).

Da assistência centrada no manicômio e no poder psiquiátrico até a década de 80, a Reforma brasileira tem avançado na construção de uma Rede de Atenção Integral para atendimento aos portadores de sofrimento psíquico composta por serviços territoriais e substitutivos, os CAPS, que devem estar articulados com as intervenções na atenção básica com a Estratégia de Saúde da Família e com o Núcleo de Apoio (NASF), os centros de convivência, as residências terapêuticas, as cooperativas de trabalho e os leitos de internação de curta permanência para retaguarda.

O uso do leito no hospital geral deve diferir do uso no hospital psiquiátrico já que a equipe de saúde deve considerá-lo o último recurso no momento de crise. O leito deve estar articulado com os demais serviços de saúde, com o Projeto

Terapêutico do usuário e visando a manutenção da rede social e da equipe de referência próxima do usuário, inclusive no momento de crise. A mudança em questão é, de forma concomitante, no modo de utilizar os recursos em rede para promover atenção integral, nas práticas dos profissionais de saúde, na concepção de doença mental e na luta dos atores envolvidos pelo fomento do exercício de cidadania.

Nossa tarefa de efetivar a PNH nos levou a problematizar o papel dos leitos de internação do H.U. na rede de Dourados e região. Por várias vezes, reunimos a Coordenação da Saúde Mental e a equipe do hospital para discutir sobre como melhorar e garantir a continuidade do tratamento após a internação. Articulamos visitas dos profissionais dos CAPS (nível II e para dependência química) ao hospital e vice-versa para melhorar e facilitar a comunicação. Os profissionais do hospital passaram a encaminhar os usuários internados aos CAPS no momento da alta hospitalar e avisar esses profissionais quando um usuário cadastrado estava internado promovendo uma visita.

Além disso, realizamos um levantamento dos usuários que eram hospitalizados com mais frequência e o tempo de internação de cada um para que a equipe da Saúde Mental repensasse o tratamento²⁵. Organizávamos, junto com os profissionais e usuários, exposições das peças artesanais feitas nas oficinas terapêuticas na recepção do hospital.

Buscamos com as discussões e ações citadas acima melhorar a articulação entre o hospital e os demais serviços da Rede de Saúde, assim como exercitar a PNH como uma política transversal que compõem com as demais para se efetivar. Apontamos também que o leito no hospital geral não garante sua utilização de modo oposto ao asilar. Os desafios ainda são muitos, mas a loucura não está mais limitada aos serviços de saúde mental ou a uma única disciplina de conhecimento. Há um longo percurso de seus atores diminuindo as dissimetrias entre usuários e profissionais, o que facilita o diálogo e promove novos sujeitos necessariamente ativos e participantes.

²⁵ A maioria dos profissionais da saúde mental e também do hospital desconhecia os dispositivos da PNH: Projeto Terapêutico e Equipe de Referência. Durante o final de 2006 até fevereiro de 2007 respondemos também pela coordenação da saúde mental do município e iniciamos a organização do trabalho por equipe de referência com a equipe do CAPS II.

3.11- Obstáculos encontrados na tentativa de romper o modo hospitalar. E mais alguns questionamentos

aquilo que se faz pode ser desfeito,
embora sempre reste o como se fez.
Pasche e Passos

As muitas lembranças que temos do trabalho com a loucura e do lema basagliano “*contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*”, nos ajudaram a nomear as dificuldades inerentes ao processo de humanização do H.U. Em muitos momentos nos encontramos num mote oposto e que sintetizamos como: o otimismo do discurso da humanização contra os obstáculos encontrados diariamente na tentativa de romper o modo hospitalar.

O hospital público atual é uma instituição que está associada

[a uma] imagem negativa de um serviço no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, o não-envolvimento com os pacientes e familiares, a combinação excesso de demanda com ociosidade, o sucateamento material e humano, a não-integração com o sistema loco - regional de atenção à saúde, o descaso, o desrespeito, o não-cumprimento de contratos e de normas técnicas, a não-motivação dos trabalhadores, tudo isso permeado pelo desespero dos que necessitam de cuidados hospitalares (ROLLO, 1997, p. 321).

Além disso, Rollo (idem) destaca as longas jornadas de trabalho da equipe de enfermagem e equipe médica (12 horas de trabalho por 36 horas de descanso) e o processo de trabalho a partir da organização seriada dos procedimentos que fazem com que a instituição se pareça com uma linha de montagem, onde existe hora da evolução, hora da prescrição, hora dos curativos, hora da medicação, hora de verificação dos sinais vitais e etc.

As características acima servem também para delinear o contexto no qual se encontrava o H.U. de Dourados, apesar de, naquele momento, a instituição estar começando as suas atividades. Parece-nos que o ‘modo hospitalar’, composto

pelas discussões que fizemos ao longo da dissertação e também pelos aspectos citados por Rollo (idem), impera a despeito do tempo cronológico.

Sinalizaremos então os principais impedimentos que encontramos em nosso percurso. O hospital enfrentava a falta de médicos plantonistas e horizontais²⁶ nas enfermarias (com exceção da Pediatria) e também de alguns especialistas na região - situação comum vivenciada pelos serviços de saúde que estão distantes dos grandes centros urbanos. Além da falta de médicos, enfatizamos a ausência de equipe e de trabalho multidisciplinar, que são fatores que influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada.

Outro aspecto era a dificuldade de promover discussões sobre o modo de organização e as condições de trabalho na instituição. Como exemplos, citamos: a equipe de enfermagem, que apesar da implantação da assistência integral nos momentos de 'pico', voltava ao cuidado compartimentalizado, ou os constantes adoecimentos dos membros da equipe da limpeza e recepção. Os atestados médicos ou as faltas sem justificativa tornaram o absenteísmo um sintoma institucional, mas que não tinha 'permissão' para ser discutido coletivamente. Os trabalhadores também estavam sujeitos aos frágeis vínculos empregatícios. Éramos contratados por tempo determinado e por isso, certa vez, houve a troca de mais de 70% do quadro com o hospital em funcionamento. Além desses aspectos, sinalizamos a 'visão simplista' que culpabilizava o trabalhador pelo próprio adoecimento ou acidente.

Apontamos, também, como obstáculos para as ações de humanização o autoritarismo, a cultura de mando e a centralização do poder que marcavam as relações institucionais. Apesar do discurso da cogestão e da democracia, esses aspectos eram impedimentos cotidianos para o exercício da autonomia e da co-responsabilidade.

Merece destaque a demanda que 'atropelava' os profissionais, sendo muito maior que a oferta, resultando em longas filas e também em modos para furá-las. Tal situação é complexa e está relacionada também ao mau costume de que no público pode-se tudo. De um lado, temos o usuário que, por não estar pagando

²⁶ Médico horizontal é o profissional que trabalha diariamente na instituição e acompanha os mesmos pacientes durante todo o período de internação. Essa lógica de trabalho é oposta ao plantão que o profissional realiza ocasionalmente. Para a PNH (BRASIL, 2009) esse é um dos indicadores de referência para avaliar a qualidade da assistência oferecida nos hospitais. Vide também discussão sobre monitoramento e avaliação feita por Santos-Filho (2007).

diretamente, achava que podia faltar ao procedimento marcado sem maiores consequências. Tal situação mantinha os altos índices de absenteísmo nas consultas, exames e nas cirurgias eletivas. Por outro lado, havia também os profissionais que mantinham diferenças significativas na qualidade do trabalho prestado no público e no privado.

Ressaltamos ainda, como entrave para a humanização da atenção e da gestão, a burocracia do Estado nos processos de licitação para compra de materiais, medicamentos, contratação de pessoal e credenciamento de serviços que as instituições realizavam sem poder faturar. Citamos também as exigências de produtividade (contrato externo de gestão) sem a reflexão sobre a qualidade e a necessidade, como numa fábrica de sapatos.

Apesar de nossa compreensão sobre o processo em questão, não foram poucas às vezes em que ocupávamos o lugar de explicar o modo 'correto' de fazer, o que caracterizava o trabalho como vertical e prescritivo, que não levava em consideração toda a complexidade existente, sendo, possivelmente, um trabalho morto.

Destacamos o último aspecto que ora marca uma diferença e ora uma dificuldade: trabalhar com essa Política, que se difere de forma radical das demais, no interior do estado do Mato Grosso do Sul, sem supervisão, apoio institucional e tampouco a participação da academia, além do desconhecimento teórico e prático da grande maioria dos colegas de trabalho sobre as propostas da PNH.

Em janeiro de 2008, deixamos de trabalhar na instituição e fomos semear²⁷ a humanização no atendimento às urgências no serviço pré-hospitalar. O H.U. era, até então, gerenciado pela Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados e, finalmente, no início de 2009, tornou-se oficialmente um hospital de ensino e parte integrante da Universidade Federal da Grande Dourados. Ocorreram várias mudanças na gestão e um novo organograma foi construído. A Gerência de Humanização não foi mantida, mas, em tese, a preocupação com a humanização sim já que a PNH é uma política do SUS. No entanto, no momento da escrita dessa dissertação, somente dois dos projetos relatados estavam em andamento: o acolhimento ao usuário indígena e a ouvidoria.

²⁷ Contribuição do Prof. Silvio Yasui na disciplina Seminários de Pesquisa, coordenada pela Prof. Cristina Amélia Luzio, nossa orientadora, na FCL/UNESP/Assis, 2º semestre de 2008.

Por todo este período, a Secretaria de Saúde de Dourados e dos demais municípios da região acompanharam o movimento da humanização iniciado pelo H.U. e foram instituindo, gradativamente, diversas ações. Tais iniciativas merecem ser analisadas em outras pesquisas.

No decorrer do todo o 1º semestre de 2009 participamos do Coletivo Ampliado da PNH e do processo de construção da Política Estadual de Humanização (PEH) do Mato Grosso do Sul, que foi lançada no mês de junho de 2009. Essa Política foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) fortalecendo o compromisso dos gestores na efetivação da proposta.

Nesse processo de reflexão sobre os limites, desafios e possibilidades da humanização no SUS, temos também muitos questionamentos. Durante todo o nosso percurso, reafirmamos a potência da PNH ao apostar na produção de novas práticas de saúde e em outros modos de viver, com a constante preocupação em promover rupturas no modo hegemônico. O movimento da humanização na saúde ganhou legitimidade e legalidade, entretanto, coloca no Estado o poder de interferir em nossas vivências mais cotidianas e regulá-las. Essa é uma legislação de algo que deveria ser da esfera ética, do coletivo, do público, do bem comum e que se tornou o discurso oficial, parecendo-nos que traz em sua formação, ao mesmo tempo, um avanço civilizatório e um retrocesso. Quando essa dimensão é institucionalizada pelo Estado, o que isso quer dizer? Ou ainda, como falar, fazer e lutar pelo bem comum num momento em que o capital penetrou nas mais íntimas e ínfimas esferas da vida humana e adquiriu o poder de capturar as iniciativas de resistência e transformá-las em prol da manutenção da ordem vigente? De quais armas dispomos nessa guerra?

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ou entregamos o jogo
ou inventamos outro jeito de jogar.
Marília Muylaert

Esta pesquisa de mestrado teve como objetivo promover um diálogo entre a nossa experiência profissional no Hospital Universitário de Dourados – MS, no período de junho de 2004 ao início de janeiro de 2008, e os princípios, diretrizes e dispositivos que compõem a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão – HumanizaSUS.

Buscamos realizar uma crítica sobre a nossa atuação profissional utilizando situações do dia a dia, nomeada como recortes do cotidiano, para problematizar o trabalho com a PNH. Tivemos a preocupação de não nos deixar capturar pelos polos; nem pela onipotência de que poderíamos superar o que está denominado como paradigma biomédico e tampouco pela impotência de que nada pode ser feito frente à racionalidade científica. Sendo assim, nosso intuito foi compreender os limites da instituição e de nosso trabalho, apostar que eles são datados e poderiam comportar brechas para novas possibilidades de atuação e de modos de produzir saúde.

Dividimos essa dissertação em três momentos. Primeiro, delimitamos a temática e apresentamos o percurso oficial da humanização até tornar-se uma política do SUS. Depois, destacamos as apostas e propostas que compõem a PNH, no intuito de sinalizar suas inovações e as principais discussões. E, no terceiro momento, problematizamos as nossas vivências com a referida Política. Desse modo, apontamos os limites, as possibilidades e os desafios com que nos deparamos em nossa experiência profissional.

Ao longo desse caminho, utilizamos o pensamento de Foucault para caracterizar a racionalidade hegemônica e, então, questionar o modelo vigente na saúde. Resgatamos também algumas contribuições oriundas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e do campo da Saúde Coletiva, sendo esse, ao mesmo

tempo, um movimento político, teórico e prático (NUNES, 1994). Tratam-se de inovações que são reafirmadas pela Política Nacional de Humanização.

As Reformas Sanitária e Psiquiátrica vêm fomentando mudanças, de um olhar restrito à doença num corpo biológico para um processo de produção de práticas que promovam novos sujeitos necessariamente ativos e participantes. Esses movimentos possuem trajetórias que se encontram, e também conceitos, valores e atores em comum. Assim, compartilham, entre outros fatores, da promoção da autonomia, do protagonismo e da corresponsabilidade dos sujeitos; da importância dos processos coletivos de reflexão e intervenção; e das mudanças nos saberes e de práticas para a construção de outros modos de fazer saúde para o pleno exercício da cidadania.

Sendo assim, a construção do campo de conhecimento da Saúde Coletiva, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, o SUS e, conseqüentemente, as preocupações com a humanização das relações e das práticas constituem grandezas que se complementam e se fortalecem na aposta de constantes mutações na produção do cuidado.

As reflexões sobre a humanização da atenção e da gestão nos remetem a transformações nos modos de ver, fazer e pensar a saúde e a doença, numa mudança paradigmática que está em curso e que vem ganhando força com a inclusão de novos atores e suas experiências. A PNH é um convite para a construção de novos modos de cuidar que prescindem da tutela, do controle e da compaixão²⁸, que problematiza os imperativos (Faça isso! Não faça aquilo!) e questiona o lugar de detentor do saber a que nós, profissionais de saúde, aprendemos a ocupar. Essa é uma aposta na criação de sujeitos e não de assujeitamento, de novos modos de estar no mundo, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum.

A potencialidade da PNH se expressa no funcionamento maquínico (DELEUZE, 1992; DELEUZE e GUATTARI, 1996) de disparar outras maneiras de fazer saúde, possibilitando o exercício de cogestão, de construção de negociação e novas pactuações, de contrato e acordos entre os atores concretos no dia a dia dos

²⁸ Durante todo o texto criticamos a compaixão, pois a entendemos como sinônimo de piedade e de tutela. Já na defesa deste trabalho, a Prof. Dra. Beth Barros em sua arguição fez a compaixão *gaguejar* ao apontar outro sentido que implica paixão com o outro, compadecer, compartilhar paixão e sofrimento. Assim, um modo de apaixonar-se com o outro na construção de um novo ethos.

serviços. A máquina aqui não se refere ao maniqueísmo, mas ilustra um modo de funcionar sem hierarquia prévia, que promove múltiplas combinações e agenciamentos e que tem potencialidade de promover desvios no discurso hegemônico.

Os princípios, dispositivos e diretrizes que compõem a Política estão interligados e complementam-se com os demais para se efetivar. Há um fio transversal percorrendo a proposta. Assim, a adequação dos espaços e as discussões dos processos de trabalho para a produção compartilhada da ambiência pode ser disparada pela visita aberta e pelo direito ao acompanhante, propiciando receber e acolher a família e os amigos, e promovendo o exercício de cogestão. A inclusão de outros saberes e atores são norteadores imprescindíveis da clínica ampliada possibilitando uma atenção integral com maior resolutividade e co-responsabilidade. Para que o trabalhador tenha condições de desenvolver suas atividades é preciso tanto de espaços para colocar em análise seu fazer quanto de condições dignas de trabalho. Deste modo, democratizar as relações se faz no dia a dia, tanto na clínica, com usuário e seu acompanhante, nas reuniões, nos horários de visita, quanto nas deliberações da gestão, na reorganização dos processos de trabalho e etc.

A humanização visa romper com a fragmentação do cuidado, do trabalho, da rede que estão respaldados no discurso dominante. Trata-se não da mera maquiagem dos serviços de saúde, tal como pintar parede, comemorar aniversário do funcionário e ser gentil com o usuário. Mas, colocar em análise coletiva a racionalidade hegemônica que somente vê a doença e os processos de trabalho alienantes. Os problemas e as soluções, como sugere a PNH, precisam ser vividos e construídos coletivamente e não mais em modos individuais, heroicos e adoecedores de trabalhar, como costuma propor a cultura da competição e do individualismo, que marca a contemporaneidade.

Assim, refletir sobre o próprio fazer, refazer quando necessário, avaliar os riscos e os erros são tarefas coletivas e inerentes ao processo de humanização de nós mesmos, dos demais e das práticas e instituições de saúde. Por isso, é necessário atenção aos “riscos de institucionalização e de captura pela lógica instituída” (PASCHE e PASSOS, 2008), fazendo-se constante o exercício de análise crítica dos atores envolvidos. No entanto, vale lembrar que “a única garantia de que não transformem (...) processos de singularização em bandeiras (...) é tentar

preservar a função de autonomia” (GUATTARI e ROLNIK, 2000, p. 131) das pessoas e não se restringindo a um único padrão de referência.

Durante os anos que trabalhamos com a PNH no Hospital Universitário de Dourados muitas foram as contradições e os desafios vivenciados no cotidiano. Quando começamos nosso trabalho na instituição, em 2004, o hospital também estava iniciando suas atividades. Tivemos a oportunidade de colaborar desde a construção das rotinas de trabalho, elaboração dos impressos, recepção dos funcionários novos, construção de acordos para abertura de campo de estágio e demais atividades para colocar a instituição em funcionamento.

Ao longo do texto apontamos ora os avanços, ora as limitações da humanização do H.U. em relação às apostas e propostas que compõem a PNH. Ao refletir sobre esse processo, nos balizamos por uma questão colocada por Santos-Filho (2007), que adverte para: “deve-se ter atenção especial com perguntas básicas que orientam os processos de avaliação, quais sejam, *o que é para ser avaliado; o que será mensurado?*” (2007, p. 1001).

Apesar das muitas dificuldades já citadas, nossa experiência também nos permite afirmar que o trabalho multidisciplinar, a participação efetiva do usuário, a democratização da gestão, as ações de educação permanente, as reflexões sobre os processos de trabalho, dentre várias outras ofertas da PNH, demonstram que há estratégias para melhorar as relações de trabalho, aumentar o diálogo entre seus atores e criar novos modos de produção do cuidado.

Constatamos também que a criação formal dos dispositivos da Política não garante seus princípios, tampouco a circulação da palavra e a democratização das relações e do saber/poder. No H.U. havia colegiado de gestão, ouvidoria, acolhimento e demais dispositivos da PNH. No entanto, o processo de humanização apresentava muitas contradições. Em alguns momentos estava marcado por iniciativas localizadas em pessoas específicas (nós!) e em modos individuais, verticais e autoritários de fazer. E em outros momentos, de forma concomitante, éramos solicitadas a providenciar um pula-pula para uma festa na Pediatria organizada pela equipe e voluntários, assim como para uma discussão sobre como diminuir o absenteísmo nas cirurgias eletivas com a participação da direção, cirurgiões, enfermagem, serviço social e recepção.

Percebemos ainda a força do paradigma biomédico e da gestão tradicional, embora muito já se tenha melhorado. No H.U. os modos autoritários de se

relacionar com o usuário eram efeitos ou produtos dos modos de fazer gestão. As relações dissimétricas marcadas pela submissão e obediência estavam na assistência e também nos espaços de gestão. Destacamos a dimensão do favor e da caridade com que os serviços eram realizados. Ambas as questões se colocam como desafios para a PNH e todo o SUS.

Podemos igualmente olhar para a fragilidade das mudanças no hospital, pois muitas foram capturadas pelos modos instituídos de fazer, como por exemplo: a falta de tempo e de profissionais; o excesso de trabalho; as reuniões para cumprir a agenda; a burocracia, sem reflexão de sua necessidade; os acordos descumpridos; dentre outros. Além disso, soma-se o fato de que as ações relatadas não foram mantidas após as mudanças de gestão. No entanto, a permanência no tempo cronológico seja somente um viés possível de análise.

Tornou-se difícil avaliar o que tais iniciativas provocaram em nós, trabalhadores e usuários, uma vez que em vários momentos visualizamos a abertura para novos modos de fazer saúde e o exercício de graus maiores de autonomia e de corresponsabilidade em que as pessoas não eram mais coadjuvantes ou meros espectadores desse processo. Nesses momentos, mudanças e avanços foram construídos e exercitados ao mesmo tempo em que produzimos saúde junto com o usuário e não para ele.

O protagonismo para PNH, como já definimos anteriormente, refere-se às ações e atitudes dos sujeitos que definem um acontecimento. No entanto, esse conceito também nos remete à produção de um sujeito político, como por exemplo, aquele que debateu e argumentou na 8ª Conferência Nacional e que construiu a legalidade para o direito à saúde em nosso país. Portanto, consideramos que, com a experiência no hospital, conquistamos graus maiores de autonomia. Resta-nos dúvidas, porém, quanto à conquista do protagonismo.

Assim como sinalizamos que a PNH é um desvio nos modos de fazer saúde pelo Estado, essa Política também se configura como um desvio inclusive numa instituição, como no Hospital Universitário de Dourados, que a tinha como sua missão, que a localizava com destaque no organograma. A ousadia e a radicalidade das propostas da PNH confrontam-se com os valores instituídos, que apontamos ao longo do texto.

A Política nos convida então a questionar o modelo hegemônico e os binarismos saúde X doença, gestão X atenção, usuário X trabalhador, clínica X

planejamento, dentre outros. Além disso, convida-nos também a pensar na importância da superação da centralidade do hospital, do modo piramidal, que até hoje organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade, e, ainda, a fragmentação dos processos de trabalho, da produção do cuidado, dos serviços e da formação técnica.

A organização piramidal é um dos modos de trabalhar em rede, entretanto, essa é uma lógica que não coloca em análise a supremacia da instituição hospitalar, fazendo com que percebamos essa lógica como natural (RIGHI, 2008). Uma das propostas que está sendo construída atualmente é que a Rede de Saúde tenha múltiplas entradas para acolher a necessidade do usuário, facilitar o acesso e não mais burocratizar ou impedir a ingresso das pessoas que portam um sofrimento.

Essa outra possibilidade de organizar a rede se assemelha ao rizoma, conceito de Deleuze e Guattari (1996), e que se complementa com o modo de funcionamento maquínico. O rizoma refere-se não uma topologia, nem algo somente horizontal, mas, como a grama, as estradas, um cardume, uma revoada de pássaros, um mapa hidrográfico, a internet e assim como um serviço de saúde de um determinado território se articula com os demais serviços da saúde e para além dele; um profissional que discute um problema com um colega próximo ou distante; o cuidado se insere nas redes e é promovido a partir de uma multiplicidade de articulações.

Teixeira (2009) define rede como algo formado por inúmeros pontos que estão interligados. Pode ser uma rede de “nós humanos” (idem) ou de lugares, por exemplo. Assim, uma rede é sempre “uma rede de redes” (idem), um emaranhando de diversos componentes. O autor realiza uma diferenciação que é a “rede de produção de saúde”, composta pela nossa rede social e demais fatores que influenciam em nosso modo de andar a vida, e a “rede de atenção à saúde”, que é formada pelos serviços, ações, instâncias de saúde e seus parceiros na construção da intersetorialidade e da integralidade.

A rede busca desconstruir a hierarquia, tornando todas as entradas válidas e as saídas também. Podemos, assim, pensar em redes compostas por serviços, trabalhadores, afetos, vivências, histórias, instituições, políticas, saberes, poderes

dentre tantos outros aspectos que se interconectam o tempo todo na difícil tarefa de produção de saúde.

O movimento da humanização aposta na potência do coletivo para promover grupalidades e redes superando as diversas fragmentações que compõem nosso cotidiano. E, quiçá, possa questionar os limites de nossa racionalidade, que categoriza, esquematiza e limita-se a perguntar o ‘o que é?’ ou ‘onde dói?’. Assim, a rede proposta pela PNH é acêntrica e não hierárquica, ou seja, não está mais centrada na doença, no médico, no medicamento, nos procedimentos ou no hospital, e busca a produção de ações que efetivem a integralidade e a intersetorialidade, já que “a complexidade não tem endereço fixo”, segundo Righi (2009).

Não há técnica que dê conta. É a nossa ética que nos faz inventar modos de lidar, cuidar, conviver e, a partir dela, abrir brechas para a produção de saúde. Isto foi, em nossa experiência, configurando-se em alta complexidade: os dilemas éticos que nós, trabalhadores de saúde, enfrentamos no cotidiano dos serviços. A complexidade está colocada na finalidade de fazer saúde junto com o outro, não para o outro, e assim produzir o cuidado. Então, de qual saúde estamos falando aqui?

A saúde que buscamos reafirmar ao longo de nossa reflexão não pode ser restrita a um valor universal, tampouco como um saber a ser aprendido com o especialista. Sendo assim,

a saúde das pessoas é um assunto que se refere, primordialmente, a elas próprias e que o papel dos profissionais deve ser o de oferecer seus conhecimentos técnicos para ajudar a construir a autonomia das pessoas, num processo de defesa da vida (BRASIL, 2005, p. 43).

Nessa discussão o filósofo Nietzsche (1988), no livro *A Gaia Ciência*, afirma que as dicotomias platônicas que permeiam nosso cotidiano - os valores ocidentais - como a saúde e a doença, o bem e o mal, o verdadeiro e o falso são todos jogos de superfície. A saúde é um ponto de vista sobre a doença e vice-versa, é pessoal, intrínseca à relação que se faz, não sendo algo natural, dado e imutável. Portanto, a doença não é um castigo divino, um pecado ou um erro, mas sim algo que deve ser experimentado como um desvio interior à própria vida. Neste modo de pensar, o processo de adoecimento é inerente ao percurso de viver e é necessário

(...) para um novo fim, também um novo meio, ou seja, uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora (NIETZSCHE, 1988, p. 206).

O convite é para usarmos nossa capacidade de inventar modos de produzir saúde que fuja das dicotomias, que não seja uma saúde da moral e sim da ética. Essa saúde é uma constante conquista e não mais um completo bem-estar físico, psíquico e social, como fora definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948.

Sendo assim, neste momento precisamos de

(...) novas lentes, novos olhos, novos sentidos para quebrar as fronteiras impostas historicamente que nos limitam ao espaço físico e simbólico de um estabelecimento de saúde ou de uma identidade profissional estereotipada (quer dizer, empobrecida e caricata, com potencialidades cerceadas). Ampliar horizontes para enriquecer nosso cuidado, cuidar mais e melhor e ser com o outro (estabelecer alteridade) é uma forma de humanizar as práticas de saúde e de organizar um sistema de saúde de acordo com as necessidades sociais (BRASIL, 2005, p. 55).

A saúde, para nós, é sinônimo de autonomia, entendimento, autocuidado, cidadania e corresponsabilidade. Não uma saúde limitada a atendimento, procedimento ou serviço de saúde, tampouco a algo que vem de fora, como um conceito estanque, definitivo e totalizador. Rejeitamos também a ideia de homem máquina, que tem um defeito e deverá ser consertado, para ampliar o conceito de saúde para além do contabilizado, medido, prescrito. A experiência do viver inclui de modo inseparável a saúde e a doença. Assim, os infortúnios e o mal-estar fazem parte da vida e a grande saúde não se contenta com os limites da ciência, da consciência, com o homem do presente. Saúde é produção, uma conquista.

A PNH, enquanto tarefa coletiva, e não de determinado governo ou grupo de pessoas, vem promovendo desvios ao colocar em análise o modelo hegemônico, reafirmando que o caminho é a meta, numa aposta radical de mudanças nos modos de subjetivação e no constante exercício de estranhar o que é dado como natural e imutável. A ousadia dessa experimentação só é possível através de modos coletivos de fazer, somente no caminho podemos localizar as possibilidades de

resistir. Para nós, essa é uma política de saúde que tem como aposta “não (...) salvar vidas, mas acordar sujeitos²⁹” (MATHES, 2009).

Para finalizar, fazemos mais duas considerações que se colocam como grandes desafios enquanto refletíamos sobre a potência da PNH em nossa experiência. Primeiro, é o desafio de não transformar a PNH em palavras de ordem, em uma verdade absoluta, mas usá-la para pensar e fazer saúde de outros modos, para pensarmos a partir deles, com eles, para além deles. Transformar a PNH numa política inquestionável, e não tomá-la enquanto uma “obra aberta” (PASCHE e PASSOS, 2008; HECKERT *et al.*, 2009), é matá-la, é acabar com o que essa aposta tem de mais inovador e potente.

O segundo desafio que colocamos é uma questão que nos acompanhou durante todos esses anos. Se olharmos a humanização a ‘contrapelo’ parece-nos que a criatividade, a compreensão, a afetividade e a sensibilidade do profissional da saúde estão colocadas a trabalhar segundo as exigências atuais feitas pelo mundo do capital. De que armas dispomos nessa guerra? Ou como nos manter atentos aos sutis processos de captura vigentes no contemporâneo?

²⁹Essa discussão foi realizada na Rede HumanizaSUS após o 2º Seminário Nacional de Humanização “Trocando experiências. Aprimorando o SUS”, ocorrido em Brasília, nos dias 5, 6 e 7/09/09. Estávamos todos avaliando as discussões realizadas no Seminário e Claudia Matthes comentou: “Saio com a idéia firme que nosso trabalho não é salvar vidas, mas, acordar sujeitos”. Vide <http://redehumanizasus.net/node/7217>.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AYRES, R. J. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos Cuidados em Saúde**: Conceitos, Dilemas e Práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Humanização da Assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 15 - 29.

BARROS, M. E. e BARROS, R. B. Da dor ao Prazer no Trabalho. In: BARROS, M. E. B. & SANTOS-FILHO, S. B. (org). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 9, n° 17, 2005.

_____. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n° 3, 2005b, p. 561 - 571.

_____. Verbete humanização. **Dicionário da educação profissional em saúde**/ Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2000.

_____. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004 e 2008.

_____. Cartilha da PNH: **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2004b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Relatório de Gestão**. Brasília, 2005b. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_secretaria_executiva.pdf. Acessado em 15/12/2009.

_____. **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde**. Vol. 2 – Brasília: FIOCRUZ, 2006.

_____. Cartilha da PNH: **Trabalho e Rede de Saúde valorização dos trabalhadores**. Brasília, 2006b.

_____. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0066_M.pdf. Acessado em 10/10/2009.

_____. Cartilha da PNH: **Ambiência**. Brasília, 2008b.

_____. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **A Reforma da Reforma**: Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A clínica do Sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada (mimeo). DMPS/ FCM/UNICAMP, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia institucional: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (Sup), 2007, p. 1865 - 1874.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

_____. A compaixão no poder médico-assistencial. In: **Cadernos Nietzsche**, n° 4, 1998, p. 63-82.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 13 - 44.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs**. Vol. 1. São Paulo: Editora 34, 1996.

DESLANDES, S. F. (Org.) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 7 - 14.

_____. Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DOSTOIEVSKI, F. **Uma história lamentável**. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997.

ESCOREL, S. e BLOCH, R. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, R. A. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

FERREIRA, A. B. D. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

FONSECA, T. G. e KIRST, P. **Cartografias e Devires**: a construção do presente. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal; 1994.

_____. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. In: **Saúde e Sociedade**. vol.13, n. 3, São Paulo Sept./Dec. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em 10/05/2009.

FRANÇA, S. A. M. Aulas da disciplina da pós-graduação em Psicologia “Gestão de risco e administração do mundo social contemporâneo”. FCL/UNESP/Assis, 2º semestre de 2008.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI e ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

GUTTIEREZ, P. **A Política de Saúde no Brasil e os Modelos Assistenciais**. Disponível em: <http://viask.ead.fiocruz.br/saudedotrabalhador>. Acessado em: 14/01/2008.

HECKERT, A. L. C; PASSOS, E.; BARROS, M. E .B. **Um seminário dispositivo**: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate, v. 13, supl I, 2009, p. 493 - 502.

IDÉIA. Grupo de Estudo sobre a Construção Democrática. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, Ano 5 (2)/6(1), 1998/1999.

LANCETTI, A. **Notas sobre humanização e biopoder**. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/humanizasaude/img2/humanizacao%20e%20biopoder-%20%20Lanceti.doc>. Acessado em: 8/03/2009.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**. México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em <http://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/sausedoenca.pdf>. Acessado em: 26/08/2009.

LUZIO, C. A. e L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnicos assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. V. 10, n. 20, jul/dez, 2006, p. 281 - 98.

LUZIO, C. A. **Atenção em Saúde Mental em município de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica**. Campinas, 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

MATTHES, C. **REDE DE COLABORAÇÃO PARA HUMANIZAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUS**. Disponível em <http://redehumanizausus.net/node/7217>. Acessado em 8/09/2009.

MATOSO, O. A Humanização em atos normativos: portarias. **REDE DE COLABORAÇÃO PARA HUMANIZAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUS** Disponível em <http://www.redehumanizausus.net/node/9234>. Acessado em 12/02/2010.

MATTOS, R.; PINHEIRO, R. e CAMARGO JR. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2003.

MENDES, E. V. **Agenda para Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINDLIN, B. O fogo e as chamas dos mitos. In: **Estudos Avançados** 16 (44), 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v16n44/v16n44a09.pdf> Acessado em 2/04/2010.

MINAYO, M. C. S. Prefácio. In: NUNES, E. **Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. In: AYRES, J. R. C. M. *et al.*, **Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (1), 2004, p. 15 - 29.

NEVES, C. A. B. **Acolhimento como diretriz clínica**: redes de conversação, 2008. Disponível em http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/apresentacao_powerpoint/a_colhimento_como_diretriz_clinica_vitoria-aula_claudia_abbes.ppt#349,24,Princípios. Acessado em 22/07/2009.

_____. **Mostra Interativa HumanizaSUS**: O SUS que dá certo. Diretriz “Acolhimento” (áudio). Brasília, 2009.

NUNES, E. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade**, vol.3, n.2, 1994, p. 5 - 21.

_____. **Sobre a sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. A Sra. Tomasetti, Bloom e um projeto de ensino pioneiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1), 2003, p. 287 - 297.

_____. Samuel W. Bloom e a História da Sociologia Médica. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), 2007, p. 193 - 218.

NIETZSCHE, F. **Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

ONOCKO, R. Reflexões sobre o conceito de humanização em Saúde. In: **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n° 64, mai./ago., 2003, p. 123 - 130.

_____. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.). **Salud Colectiva**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, p. 103-21.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editora, 1997, p. 11 - 24.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAGLIOSA, F. L.; ROS M. A. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 32 (4): 492 – 499; 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acessado em 28/09/2009.

PASCHE, D.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do SUS. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, **América do Norte**, 1 8 12 2008. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/45>. Acessado em 20/06/2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. (orgs) **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, P. P. Manicômio Mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. **Saúde Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1991.

POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO DE MATO GROSSO DO SUL. Disponível em http://www3.servicos.ms.gov.br/saude_externo/sitesaude/Politicass%20de%20Humanizacao.pdf. Acessado em 05/07/ 2010.

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOURADOS – MATO GROSSO DO SUL “Aqui você será bem cuidado!” Disponível em: http://www.dourados.ms.gov.br/paginas/programas_view.php?cod=21. Acessado em 14/01/2008.

PUCCINI, P. T e CECÍLIO, L.C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, set./out., vol. 20, n° 5, 2004.

RADIS. 8° **Conferência Nacional de Saúde**. Tema n° 7, agosto de 1986. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/pesquisa.html> Acessado em 06/11/2009.

REDE DE COLABORAÇÃO PARA HUMANIZAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUS. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/>. Acessado em 20/09/2009.

RIGHI, L. **Conversando sobre Redes de Produção de Saúde** (vídeo). Disponível em: <http://www.redehumanizausus.net/node/5265>. Acessado em 10/08/2009.

ROLLO, A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY & ONOCKO. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. In: **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP, vol. 1, n°2, set./fev., 1993.

SANTOS-FILHO, S. Perspectivas de avaliação da Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4), 2007, p. 999 - 1010.

TEIXEIRA, R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3), 2005, p. 585 - 597.

_____. **Mostra Interativa HumanizaSUS**: O SUS que dá certo. “Rede” (áudio). Brasília: 2009.

TEIXEIRA, S. F. (Org.) **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995.

YASUI, S. **A construção da Reforma Psiquiátrica e seu contexto histórico**. Assis, 1999. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista/FCL/Campus Assis, 1999.