

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós Graduação em Psicologia

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
o processo de implantação em um hospital geral público de Belo
Horizonte**

Alessandra Barbosa Pereira

Belo Horizonte
2011

Alessandra Barbosa Pereira

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
o processo de implantação em um hospital geral público de Belo
Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto

**Belo Horizonte
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

P436p Pereira, Alessandra Barbosa
Política nacional de humanização: o processo de implantação em um hospital geral público de Belo Horizonte / Alessandra Barbosa Pereira. Belo Horizonte, 2011.
98f. : Il.

Orientador: João Leite Ferreira Neto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Humanização nos serviços de saúde. 2. Hospitais – Belo Horizonte. 3. Administração participativa. I. Araújo, José Newton Garcia. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 614.2

Alessandra Barbosa Pereira

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
o processo de implantação em um hospital geral público de Belo
Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

João Leite Ferreira Neto (Orientador) – PUC Minas

José Newton Garcia de Araújo – PUC Minas

Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG

Belo Horizonte, setembro de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecimento e valorização às pessoas que foram e/ou são importantes no percurso de nossas vidas. E como são tantas! Cada encontro que tive foi relevante de alguma forma, cada palavra amiga, cada sorriso, cada lágrima, cada demonstração de afeto, amor, admiração, confiança, mesmo os tropeços, os desentendimentos, os desafetos compuseram minha história e constituíram-me como estou. Na impossibilidade de nomear todos que mereciam este agradecimento, destacarei os que se fizeram mais presentes, especialmente nesses últimos dois anos.

Leandro, como conseguiria tudo isso sem você me apoiando, incentivando, se orgulhando? O amor é a base que sustenta minha dedicação aos estudos. Obrigada por ter possibilitado minhas conquistas, amparado minhas fraquezas, suportado meus defeitos, preenchido minhas faltas, pactuado as alegrias, dividido as expectativas, brindado com seu amor. Nesse momento só consigo lembrar uma famosa canção que traduz o que quero dizer: “Eu tenho tanto para lhe falar, mas com palavras não sei dizer como é grande o meu amor por você...”

Pedro, meu lindo, apesar de não saber ler ainda, saiba que por sua causa busco ser uma pessoa melhor, com você ensino um tanto e aprendo absurdamente mais. Você me ensina cotidianamente o significado e a beleza da maternidade, sua existência me apresentou o tal amor incondicional, desinteressado e gratuito. Te amo para sempre!

Mãe, você é a personificação da persistência, da luta, da simplicidade, do desapego e da bondade. Com você eu compreendi o que uma mãe pode fazer por seus filhos, que batalhas são capazes de travar, os sofrimentos que pode suportar, as renúncias que pode fazer, os desafios que pode superar, o amor que é capaz de oferecer. Obrigada por ser você a minha mãe. Amo-te.

Pai, acho que não há palavras que consigam traduzir a ligação que temos, apesar das desconexões. Muitas vezes nossas falhas ficam em evidência, é mais fácil identificá-las, apontá-las. O difícil é não permitir que sobressaiam sobre o que há de importante, de bonito, de especial, obscurecendo nossa relação. A partir dos últimos acontecimentos pude reconhecer e compreender o amor por você que nunca deixei de sentir.

Queridos Xande, Rute, Sara e Eduarda, agradeço pela convivência, simpatia, apoio, amizade, carinho e afeto. Vocês são muito especiais.

Carolina, como irmã mais velha, eu proíbo você de nos assustar desse jeito novamente! Agora tenha a certeza que a distância não é sinônimo de distanciamento, você teve uma enorme prova disto. Nossa união [de todos nós] transcendeu os muitos quilômetros que nos separam e evidenciou o grande amor que mantemos em nossos corações.

Dona Neide, você sempre esteve presente em todos meus momentos, sua sensibilidade, ternura, alegria e otimismo transbordavam e inundavam minha vida de carinho, proteção, me fazia mais feliz. Mas parte disso permanece e tenho certeza de seu orgulho, quase ouço você dizendo: Deus te abençoe fofinha e te faça feliz, doutora. Avó, como você faz falta! Saudade infinda.

Vô Newton, cheguei até aqui porque antes você confiou, ajudou. Ao seu estilo eu agradeço: sua alegria ilumina meu dia, por ter me apoiado pude ter estudado, te mando muitos beijinhos em retribuição ao seu carinho.

Tios e tias, Nante, Ronaldo, Teda, Kuka, Nina e Marco, vocês são da prateleira de cima.

Vó Chiquinha, você sempre me impressionou e surpreendeu com suas atitudes, seu jeito de demonstrar afeto, sua sensibilidade e perspicácia, o cuidado, atenção e carinho que tem com todos, a capacidade de se doar, seu entusiasmo, energia, habilidade em lidar com as adversidades. Sou sua fã, quando crescer quero ser como você.

Vô Luiz, homem de poucas palavras, de muita força e de grande coração. Sinto orgulho de ser sua neta.

Tia Dinorá não parece tia, parece mãe, mãe de todos. Você sempre se fez presente em minha vida, mesmo longe. É muito especial para mim!

Tio João, padrinho querido, conforta-me ter você como segundo pai, conseqüentemente, os primos como irmãos. Carinho imenso.

Tio Carlos, Carmen e Vanessa é uma alegria ter vocês como parte da grande família. Adoro todos.

Fige, Deomar, Sam, Evandro, Marcos, Cássia, Alex e, ainda, os pequeninos Matheus e Alice, essa grande família é muito importante para mim. Individualmente ou coletivamente compartilhamos muitos momentos agradáveis e divertidos, sempre prazerosos. Obrigada pela colaboração que sempre pude contar.

O ingresso no universo da psicologia transformou-me profundamente em muitos aspectos, o desejo em continuar minha formação acadêmica foi uma dessas, só não esperava que acontecesse tão rápido. Na verdade, o inesperado sempre teimou em aparecer, por mais que tente fazer planos, controlar os acontecimentos, algo escapa e surpreende. O encontro com João Leite, ainda na graduação, foi uma dessas gratas surpresas, para orientação de monografia busquei Luciana e encontrei João, fui agraciada duplamente.

João agradeço pela aposta que fez, pelas conversas, pelos conselhos, orientações, sugestões, indicações, carinho, compreensão, convívio, paciência. Não o tomo modelo ou exemplo, pois esses se referem à perfeição e ideais que dificilmente são atingidos; vejo-o como um objetivo. Quero construir, à minha maneira, uma forma de olhar as situações e perceber sua complexidade, saber criticar sem denegrir, ser franca sem ofender, chamar à responsabilidade sem coagir, frustrar e, ao mesmo tempo, apontar novas possibilidades, perceber o sofrimento alheio e confortar sem prescrever, orientar sem conduzir, escutar sem julgar, ensinar a partir da reflexão, incentivar com paciência, ter firmeza com delicadeza, pesquisar com perspicácia. Tem minha profunda admiração.

Querida Lu, não fique com ciúmes, você também é uma grande inspiração, em vários sentidos: decidida, dedicada, delicada, persistente, competente, inteligente, cuidadosa, atenciosa, carinhosa, além de chiquérrima, finérrima, elegantérrima. Agradeço as várias oportunidades que proporcionou e pelo incentivo constante.

Carol, você me agradeceu por ter te abraçado em mares estrangeiros, agora sou eu que agradeço por ter compartilhado os momentos de angústia e de alegrias, pelo apoio, pelas conversas, por ser uma pessoa tão amável e acessível, meiga e divertida.

Agradeço aos colegas e professores do mestrado pela troca de experiências, de ideias, pelos encontros, novas descobertas, propostas desafiadoras e convivências sempre agradáveis.

Eder e Digão, parceiros na trajetória de pesquisa em campo, muito obrigada pelo suporte, diálogo, simpatia e disponibilidade. Sem vocês teria sido ainda mais difícil.

Agradeço a todos que contribuíram com este trabalho, os sujeitos da pesquisa, os trabalhadores do Hospital, os colegas do Coletivo Ampliado da PNH,

especialmente Ana Rita Castro Trajano, pela acolhida imediata e interlocuções interessantes.

Obrigada aos avaliadores Eduardo e Cornelis pelo redirecionamento do estudo e pela leitura atenciosa e colaborativa.

Ao CNPq, pelo valioso aporte financeiro durante todo o período de mestrado.

Aos novos colegas de Nova Lima, especialmente Denyse, agradeço a compreensão, apoio e torcida.

A Deus agradeço todos os dias por tudo isso e oro para que continue nesse caminho.

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 ou a refletir.

Michel Foucault

RESUMO

Este trabalho tem como foco o acompanhamento e análise de uma experiência de implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em um Hospital Geral Público de Belo Horizonte, visando à compreensão de elementos que evidenciem especificidades e dificuldades de implementação dessa política de saúde. A Política Nacional de Humanização criada em 2003, também chamada HumanizaSUS, é uma estratégia de operacionalização de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A aposta principal da PNH é consolidar novos modos de fazer e relacionar no campo da saúde, partindo da valorização dos processos de subjetivação e sociais de todos os atores envolvidos para a modificação de práticas, cultura e sujeitos. Como estratégias metodológicas foram adotados o estudo de caso, coleta de material documental, entrevistas semi-estruturadas e observação. O estudo dos dados produzidos se deu por meio da análise temática. Verificou-se que a formulação da PNH forjou-se pelas demandas institucionais, a partir da entrada de Gastão Wagner de Sousa Campos como Secretário Executivo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS). Acadêmico e pesquisador, há tempos problematiza o campo da saúde, formulando conceitos e metodologias que compõem textos de várias políticas nacionais. Suas noções também demarcaram e/ou determinaram o arcabouço teórico da Política Nacional de Humanização. No hospital público estudado uma nova gestão iniciou ao mesmo tempo em que a PNH se constituía. A decisão do grupo diretivo em mudar o modelo gerencial para a gestão participativa promoveu a aproximação do hospital com essa política. Tanto o Ministério da Saúde quanto o Hospital ganharam com o estabelecimento da parceria. A análise das práticas no estabelecimento de saúde revelou que há uma significativa diferença de concepção dos gestores e dos trabalhadores quanto à percepção da PNH em operação. Esta diferença se apresentou também nas concepções dos técnicos de saúde de nível superior e nível médio. Apesar disso, a partir da implantação do HumanizaSUS na instituição hospitalar foi possível produzir relevantes alterações quanto à organização dos processos de trabalho, da gestão e do espaço físico, novos manejos administrativos e financeiros. Contudo, essas alterações se constituíram encontrando dificuldades importantes no percurso de implantação da nova organização gerencial e da PNH e, ainda hoje, persistem. Conclui-se que no hospital estudado houve dois momentos distintos do

HumanizaSUS. O primeiro na fase de implementação, onde houve um processo intenso de participação dos servidores nas rodas, oficinas, colegiados que foram potentes para introduzir as alterações que ocorreram. Esse processo foi interrompido em função de um concurso público que substituiu grande parte dos trabalhadores que foram mobilizados e inaugurou uma segunda fase. Esta iniciou com o distanciamento do apoio institucional que, muitas vezes, assumia a catalisação de recursos, mobilização e planejamento das ações. Dessa forma, houve certa desvitalização dos pressupostos da PNH, baixo investimento em recuperar o processo de mobilização, além de alguns processos não terem sido retomados, ocasionando a descrença dos servidores da instituição quanto a sua eficácia.

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Processo de Trabalho. Gestão Participativa.

ABSTRACT

This work focuses on monitoring and analysis of the National Humanization Policy (PNH) implementation, experienced in a general public hospital in Belo Horizonte, in order to understand elements that demonstrate specific features and difficulties in implementing this health policy. The National Policy of Humanization created in 2003, also called HumanizaSUS, is an operationalization of principles and guidelines strategy of the Unified Health System (SUS). The major stake of the PNH is to consolidate new ways of doing and relating in the health field, from the appreciation of subjectivity and social processes of all stakeholders for the changing practices, culture and subject. Methodological strategies have been adopted as a study case, documentary material collection, semi-structured interviews and observation. The analysis of the data produced was done through thematic analysis.

The PNH formulation was shaped by institutional demands, since the entry of (Mr. ou Dr.) Gaston Wagner de Sousa Campos as Executive Secretary of the Executive Secretariat Health Ministry. Academic and Pathfinder, his concepts and formulations has been adopted in various texts of the PNH. His concepts also developed the limit off and/or determinate the theoretical framework of the National Policy of Humanization. The new management of public hospital studied began at the same time the PNH was constituted, the administration's decision to change the management model for participatory management promoted the hospital with this policy approach. Both won with the establishment of the partnership. The practice analysis developed significant changes in the organization work processes, management and physical space, new administrative and financial managements. However, these changes has encountered major difficulties in the course of implementing the new organization and management of PNH and still remains. The hospital study concluded it had two different moments from the HumanizaSUS system. The first one in the phase of implementation, with was an intense process of participation of the employees at the workshops, with were powerful to introduce the alterations that took place. This process was interrupted in function of an new employees admission and that substitutes great part of the workers who were mobilized and than started the new phase. The second began with the distancing of the institutional support that was helpfull, very often, it was assuming the catalyzing of resources, mobilization and projection of the actions. Thus, there was some root

canal of the assumptions of the PNH, low investment in recovering the mobilizations process, and some processes have not been included, leading to the disbelief of the servers of the institution and its efficiency.

Key words: National politics of Humanization. System Only one of Health. Process of Work. Management Participatory.

LISTA DE SIGLAS

CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTH	Câmara Técnica de Humanização
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
GENP	Gerência de Ensino e Pesquisa
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização
HOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
PFST	Programa de formação em saúde do trabalhador
PNH	Política Nacional de Humanização
PT	Partido dos Trabalhadores
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UP	Unidades de Produção

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	19
2.1 Problematização e objetivos	20
2.2 O Trabalho de campo.....	21
2.3 Instrumentos de coleta de dados	23
2.3.1 Fontes documentais.....	24
2.3.2 Entrevista semi-estruturada.....	25
2.3.3 Observação.....	26
2.3 Tratamento e análise dos dados.....	27
3 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	29
4. A RELAÇÃO ENTRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O HOSPITAL PÚBLICO	49
5 A EFETIVAÇÃO DO HUMANIZASUS EM PRÁTICAS CONCRETAS.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES	97
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONSULTORES DO MS	98
ANEXO A – ORGANOGRAMA GERAL DO HOSPITAL	99

1 INTRODUÇÃO

O campo da saúde é assolado por diversos e graves problemas instrumentais, relacionais e de práticas que desafiam sua superação e solução, desde sua institucionalização legal em 1988 até a atualidade. Destaca-se a crescente insatisfação dos usuários com a qualidade dos serviços; a reivindicação dos trabalhadores pela melhoria das condições de trabalho e valorização salarial; processos de trabalho hierarquizados e pouco democráticos; a discrepância ou inexistência do diálogo entre trabalhadores-usuários, trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-gestores; predomínio do modelo biomédico que trata pessoas como objetos de intervenção e as reduz à sua doença, desprezando ou desconsiderando seus anseios, medos, angústias, expectativas, sabedoria; supervalorização de técnicas, protocolos, maquinários, desprivilegiando as relações e interações humanas; o sub-financiamento do sistema saúde; a manutenção cultural e o investimento político que tomam os hospitais como modelo de assistência em detrimento da atenção primária (DESLANDES, 2006).

Todas essas questões demandam a construção de parâmetros outros para o campo da saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, construída em 2003, surge como uma aposta na mudança das práticas e na valorização de processos sociais e subjetivos, ou seja, aposta em tecnologias relacionais para produzir saúde. Tendo em vista que novos modos de pensar, perceber, sentir e fazer na saúde não se consolidam sem posicionar a subjetividade em lugar de destaque (DESLANDES, 2005a), reconhece a centralidade dos processos de subjetivação de todos os atores envolvidos no processo (usuários, trabalhadores e gestores) para a modificação de práticas, culturas e sujeitos (BRASIL, 2009a). É uma política processual, com potencial força instituinte e que pretende fixar raízes para operar mudanças fundamentais no campo das práticas e, assim, possibilitar a efetivação do projeto assistencial do Sistema Único de Saúde. A universalidade, integralidade e equidade, descentralização, hierarquização e participação popular sintetizam seu ideário.

Os temas relacionados à saúde pública e coletiva marcaram a formação acadêmica da pesquisadora no curso de Psicologia, intercambiada por práticas

investigativas de programas e/ou políticas nesse cenário. O interesse pela Política Nacional de Humanização originou-se na graduação devido às discussões com o orientador de monografia, também orientador dessa dissertação, sobre a interlocução da psicologia com a saúde.

Apesar de existirem pesquisas que privilegiaram a investigação sobre a humanização em saúde e de haver variada produção em periódicos científicos sobre o tema, não foram encontrados estudos que abordassem a humanização e, mais especificamente, a Política Nacional de Humanização em direção ao que se pretende o objeto de estudo proposto neste trabalho. Este estudo visa compreender as dificuldades que enfrenta a PNH no processo de sua implantação em um hospital geral de caráter público no município de Belo Horizonte.

A relevância desta pesquisa se dá pela noção de que mudanças no campo da saúde têm encontrado obstáculos teórico-prático-metodológicos para se efetivarem e, frequentemente, não se realizam tão espontaneamente e nem mesmo por força de lei. Antes, trata-se de uma conjunção de fatores intrínsecos que podem ter o potencial para mobilizar processos subjetivos e materiais, por meio da coletividade, ou seja, a construção conjunta e cooperativa entre trabalhadores, usuários e gestores de novos arranjos tanto relacionais como de processos de trabalho, aliados a elementos variados do cotidiano. Esses elementos podem ser uma experiência interessante, uma proposta revolucionária, uma vivência intrigante, um ambiente propício ou mesmo uma política. A PNH aposta na valorização das subjetividades, nos encontros intersubjetivos, em arranjos materiais e institucionais para que mudanças das práticas de atenção e gestão de fato aconteçam, elementos importantes que podem favorecer a construção de relações mais colaborativas, comprometidas e solidárias no cotidiano dos serviços de saúde.

Essas noções se desenvolvem nos capítulos que se seguem. O segundo capítulo aborda a estratégia metodológica escolhida para a trajetória de pesquisa. Optou-se pelo estudo de caso como método dessa pesquisa qualitativa e os instrumentos de entrevista semi-estruturada, observação e análise de documentos, bem como uma análise temática para compreender os dados produzidos, associada à discussão das condições de produção do material que constituiu o *corpus* da pesquisa.

O terceiro capítulo refere-se à contextualização da construção da Política Nacional de Humanização para melhor compreensão de seu ideário e suas apostas,

pois estes nortearão as análises de sua implantação na instituição de saúde estudada.

O quarto capítulo está relacionado à apresentação e contextualização do hospital onde ocorreu a pesquisa, a análise dos efeitos produzidos pela PNH em seu cotidiano, bem como o entendimento de quais negociações foram necessárias para tal.

O quinto capítulo se propõe a identificar e evidenciar os pontos conflitivos e/ou dissonantes entre a discursividade da política e as práticas concretas.

O sexto capítulo refere-se as considerações não necessariamente finais sobre a pesquisa.

Dessa forma, acredita-se que se está contribuindo, ainda que singelamente, com os rumos futuros do HumanizaSUS, evidenciando não somente os resultados positivos construídos por essa experiência hospitalar, compreendida como exitosa, mas também os conflitos, embates e descaminhos que se fazem presentes quando a política deixa a condição de ideário e busca se transformar em práticas concretas.

2 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este trabalho está ancorado em uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Para Minayo (2004) a abordagem qualitativa contempla “a questão do significado e da intencionalidade aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação” (MINAYO, 2004, p. 10). Ferreira, Calvoso e Gonzales (2002) realizaram um ensaio sobre os caminhos da pesquisa contemporânea, analisando as epistemologias emergentes, em especial, as metodologias qualitativas. Segundo esses autores os métodos qualitativos são aplicados na compreensão de problemas complexos e que buscam identificar padrões estruturais repetitivos da realidade estudada (FERREIRA; CALVOSO; GONZALES, 2002). Sendo assim, entendeu-se que a abordagem qualitativa e suas metodologias privilegiam o conhecimento aprofundado de circunstâncias e situações complexas.

No caso desta pesquisa optou-se pelo estudo de caso, entendendo tratar-se de um método abrangente. A pesquisa contemplou uma investigação empírica e compreendeu o planejamento, a produção e a análise de dados, além de ter viabilizado a investigação de um fenômeno em seu real contexto, especialmente quando foi necessário lançar luzes sobre a relação entre o fenômeno e o contexto, como defende Yin (2005). Esse autor expressa o método como a opção adequada quando

[...] se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2005, p. 19).

Nesse sentido, entendeu-se que esta escolha foi a mais adequada à proposta deste trabalho por possibilitar a utilização de várias técnicas de coletas (entrevistas, pesquisa documental, observação), de acordo com os rumos da pesquisa. Esta flexibilidade permitiu explorar a imprevisibilidade das situações, quando estas ocorreram, os conteúdos, ações e sujeitos bem como precisar detalhes importantes relacionados ao objetivo do estudo. O intuito foi aprofundar o conhecimento acerca do tema abordado, a partir de um caso específico definido a partir da

problematização da pesquisa. Apesar de o método ser favorável à investigação intensa, recai sobre ele a restrição de generalizar os resultados a outros casos por se tratar de pequena amostra e portadora de especificidades singulares. Mesmo assim, este método pode permitir identificar elementos que se aplicam a um conjunto mais amplo (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A implantação da Política Nacional de Humanização em uma instituição de saúde foi o caso escolhido. A partir disso, dividiu-se o trabalho em duas frentes de investigação que se apresentaram ora estreitamente relacionadas, ora justapostas, a saber: a investigação sobre o contexto e o processo de construção da PNH e do histórico da instituição onde se realizou a pesquisa e o trabalho de campo propriamente dito.

O critério para a escolha do serviço onde o estudo de caso aconteceu partiu da premissa de que era indispensável que o equipamento de saúde tivesse a Política Nacional de Humanização em fase avançada de implantação, que fosse acessível a pesquisadores externos à instituição e que se situasse em Belo Horizonte, devido aos custos e facilidade de acesso. Assim, foi escolhido um hospital geral de caráter público, após a pesquisadora ter se certificado de sua experiência na implantação da PNH, além desta instituição ser reconhecida como uma prática exitosa pelo Ministério da Saúde (MS) e uma referência nacional para a implantação do HumanizaSUS.

2.1 Problematização e objetivos

O eixo norteador do trajeto de pesquisa refere-se ao acompanhamento e análise de uma experiência de implantação da Política Nacional de Humanização em uma instituição hospitalar, a fim de responder quais dificuldades enfrentou a PNH nesse processo em um serviço público. A partir disso, foram traçados os seguintes objetivos específicos: compreender elementos da gênese do HumanizaSUS; Analisar os efeitos da PNH produzidos pela relação entre o hospital e o Ministério da Saúde; Identificar pontos conflitivos e/ou dissonantes entre a discursividade da política e as práticas concretas.

2.2 O Trabalho de campo

O trabalho de campo é fonte importante de informações e de construção de dados acerca do objeto de pesquisa. Em um texto sobre o trabalho de campo orientado para avaliação, Deslandes (2005b) afirma que esta etapa é uma das “mais importantes, pois permite a produção de dados primários e a captação de outros materiais que balizam a dimensão e o sentido das atividades” (MINAYO, 2004; MARCONI; LAKATOS, 1999 citados por DESLANDES, 2005b, p. 157). Ainda de acordo com esta autora o trabalho de campo, originário da antropologia, constitui-se um método observacional que pressupõe “ver, ouvir, observar e comunicar-se” (DESLANDES, 2005b, p. 157).

Cabe ressaltar que o estudo empírico realizou-se em dois momentos distintos, pois após a avaliação para o exame de qualificação no mestrado optou-se por mudar o problema de pesquisa e, conseqüentemente, os objetivos do estudo, o que exigiu um retorno ao campo sem alteração da metodologia, porém com um olhar diferenciado sobre os processos.

Inicialmente contactou-se a instituição de saúde, a fim de saber dos procedimentos para a realização da pesquisa no local. A orientação foi que, primeiramente, exigia-se o acompanhamento de um servidor do hospital quanto ao desenvolvimento do trabalho, não havendo indicação da instituição quanto a esse profissional. As definições sobre o acompanhamento da pesquisa pelo servidor referiam-se a seu papel em zelar pelo cumprimento da Resolução 196-06 do Conselho Nacional de Saúde, bem como construir conjuntamente com a pesquisadora responsáveis relatórios de pesquisa tanto parcial como final. Assim, seria fundamental iniciar um trabalho de busca a um servidor que aceitasse se responsabilizar e realizar o acompanhamento. Tal procedimento foi requisito indispensável para protocolar o projeto de pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da própria instituição, uma vez que a pesquisadora não possuía qualquer vínculo com o serviço.

Providenciada toda a documentação, surge um novo impasse: o objetivo primeiro apresentado no projeto de pesquisa tratava de analisar as circunstâncias e as interrelações existentes entre Política Nacional de Humanização (PNH) e sua

implantação no Hospital. Com isso, o trabalho de investigação ocorreria em todo o complexo hospitalar, sem se restringir a um departamento ou unidade específica, o que não condizia com o protocolo da instituição. Geralmente, as pesquisas realizadas até então ficavam restritas a alguma Unidade de Produção (UP) como: CTI, pronto-socorro, dentre outras. Desse modo, a Gerência de Ensino e Pesquisa (GENP), responsável pelos procedimentos do CEP teve que revisar, articular internamente e com a alta direção para obter autorização da pesquisa nesse novo formato. Após algum tempo, o CEP concedeu parecer favorável ao projeto investigativo.

Superada essa etapa, iniciaram-se os preparativos para o trabalho empírico. A primeira inserção da pesquisadora no Hospital iniciou-se no mês de março de 2010 e foi encerrada na primeira quinzena do mês de agosto do mesmo ano. Contou-se com o suporte de um psicólogo, servidor do Hospital que se disponibilizou a acompanhar a investigação, e ainda de outros colaboradores, para a apresentação e divulgação da pesquisadora e de seu trabalho aos vários servidores da instituição. Concomitante a isso, foi apresentada à pesquisadora a estrutura do complexo hospitalar, tanto física quanto gerencial e administrativa, o que demandou vários dias de presença no serviço. Foram feitos contatos iniciais com os gerentes, coordenadores e supervisores do hospital e de cada UP, a fim de apresentar a proposta investigativa e obter autorização para observar o funcionamento das unidades.

Os primeiros contatos e as permissões oficiais compõem a fase de preparação para o início da investigação empírica e podem ser muito difíceis e delicados como expõe Deslandes (2005b), além de poderem “demarcar ou até determinar os rumos de uma pesquisa” (DESLANDES, 2005b, p. 161). Com essas considerações, a cada apresentação tomou-se o cuidado de expor os objetivos e metodologia da investigação sucintamente, porém com consistência para evitar que houvesse uma compreensão equivocada, contratempos ou mesmo rejeição da proposta. Mesmo com todo cuidado, algumas dificuldades foram percebidas, tais como: disputas e hierarquização de poder, turbulências e desconfianças. Isso exigiu da pesquisadora “muita negociação, paciência e diplomacia” (HAMMERSLEY; ATKINSON, 1996 citados por DESLANDES, 2005b, p. 166), além de persistência e de tempo disponível para que mantivesse uma constante presença no território hospitalar. Ainda nas palavras de Deslandes (2005b),

Além das autorizações oficiais, as comunidades, grupos e instituições têm lideranças informais, que o pesquisador precisa levar em conta ao negociar sua entrada em campo. Ignorar estes espaços e hierarquias pode levá-lo à incômoda situação de ter a oficialidade, mas não a legitimidade para sua investigação (p. 166).

Assim, com o decorrer do tempo, buscou-se, por meio da interação, estreitar laços com pessoas que pudessem ser aliadas na captura de informações, colaboração, detalhamentos, indicações e documentos internos. Todos esses aspectos foram essenciais para viabilizar o estudo e abrir caminhos para a atividade investigativa, mas, ainda que sutilmente, não garantiram totalmente a aceitação do trabalho. Acredita-se que, por ser um olhar estrangeiro sobre o cotidiano, a pesquisadora possa ter sido tomada, em algumas ocasiões, como “um intruso alheio às dificuldades e esforços do grupo em implementar determinado programa, estando lá somente para apontar erros” (DESLANDES, 2005b, p. 167) ou para julgar ou espionar procedimentos e condutas. Embora, em momento algum, a presença da pesquisadora tenha se manifestado intrusiva, arrogante ou petulante. Ao contrário, procurou-se manter uma atitude humilde, a de quem aprende e quer conhecer o trabalho realizado. A rotina hospitalar de um estabelecimento de urgência e emergência, bem como tempo possível de permanência nas Unidades de Produção podem ter contribuído para tal ocorrência, desfavorecendo um vínculo forte, apesar de ter havido muitos momentos de receptividade, colaboração e interesse, tanto pelos trabalhadores como por alguns gestores, outras vezes, curiosidade quanto à pesquisa, ao processo, ao método.

2.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados constituem-se fundamentais para a realização de uma pesquisa qualitativa. Nesse trabalho fez-se a opção pela utilização e análise de fontes documentais, de entrevistas semi-estruturadas e observação.

2.3.1 Fontes documentais

As fontes documentais foram essenciais em vários momentos da trajetória investigativa, especialmente, para a realização de levantamento histórico acerca da Política Nacional de Humanização e para compreensão do processo de implantação do HumanizaSUS na instituição de saúde. Buscaram-se documentos internos do Hospital e documentos ministeriais.

[...] considera-se como documento qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação, podendo estes, nos dizer muita coisa sobre princípios e normas que regem o comportamento de um grupo e sobre as relações que se estabelecem entre diferentes sub-grupos ou sobre um processo ainda em curso ou para a reconstituição de uma situação passada (ALVES-MAZZOTTI, 2002, p. 169).

Os documentos ministeriais que se relacionavam com a Política Nacional de Humanização foram acessados via internet, através de publicações disponíveis online. Já a acessibilidade aos documentos internos do estabelecimento de saúde dependeu da disponibilização e seleção da instituição, o que demandou novas negociações, busca de novas parcerias e muita diplomacia. Primeiramente buscou-se identificar, através de indicações, quais profissionais pudessem disponibilizar atas de reuniões, de colegiados gestores, registro de seminários e oficinas realizados com finalidade de implementação da PNH ou mesmo autorizar a observação dos colegiados gestores. Em seguida, contactou-se essas pessoas, informando-as sobre a necessidade dos documentos e quem as havia indicado para tal liberação. Houve pouco êxito nesse empreendimento: pouquíssimo material foi disponibilizado, ficando a grande maioria dos documentos internos da instituição inacessíveis à pesquisadora, não por meio de recusa formal, mas através do protelamento de respostas e viabilizações. Ou seja, autorizava-se o acesso aos registros e colegiados, mas solicitavam um prazo para sua localização e realização, porém ocorriam reiterados imprevistos que impediam a entrega, a consulta ou observação.

2.3.2 Entrevista semi-estruturada

Na tentativa de abrandar as dificuldades e aumentar o conhecimento acerca do processo de implantação da PNH no estabelecimento de saúde para melhor embasamento nas observações. Optou-se, assim, por realizar entrevistas semi-estruturadas com pessoas que poderiam contribuir significativamente acerca da constituição do HumanizaSUS no Hospital antes dar continuidade às observações nas UPs. As entrevistas permitiram maior aprofundamento de temas pouco explorados e a revelação de valores, crenças e percepção da realidade (ALVES-MAZZOTTI, 2002).

A entrevista semi-estruturada não impõe uma ordem rígida, apenas orienta-se a entrevista de forma a obter o máximo de informações que julgam-se necessárias, concede ao entrevistado que responda utilizando seus termos. Desta forma, “o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana” (ALVES-MAZZOTTI, 2002, p. 168).

A técnica de entrevista, por meio da interação e de um roteiro estruturado antecipadamente, propiciou valiosas e reveladoras “versões, opiniões, descrições peculiares” (DESLANDES, 2005b, p. 170) sobre vários aspectos da Política Nacional de Humanização. Nesta pesquisa foram realizadas cinco entrevistas, sendo quatro entrevistados do sexo feminino e um do sexo masculino. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora os objetivos da pesquisa tenham se modificado após o exame de qualificação, como já mencionado, os dados produzidos por essa técnica foram mantidos por ressaltarem aspectos abrangentes do HumanizaSUS e sua implantação. Assim, julgou-se importante entrevistar dois gestores da instituição de saúde, que participaram ativamente do processo de implantação da PNH. Um agente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por ter tido importante participação nessa implantação, devido ao vínculo com o Hospital àquela época. Dois consultores do MS e do HumanizaSUS, sendo um deles integrante do grupo formulador da Política Nacional de Humanização. Para preservar as identidades dos entrevistados foram descritos seus cargos ou funções que pudessem identificar os lugares de onde partem, porém mantendo o anonimato.

2.3.3 Observação

Entendendo que a técnica de entrevista poderia não abarcar a complexidade das relações e das práticas concretas embasadas pela PNH em função da diversidade de funções, horários, vínculos e ocupações setoriais, optou-se por fazer observação com anotações descritivas e sistemáticas em diário de campo. Deslandes (2005b) ao analisar a observação como recurso metodológico, expressa que esta possibilita a imersão do pesquisador no cotidiano do grupo estudado, viabilizando, assim, relações de proximidade com o mesmo, o que contribui para reduzir possíveis reatividades à presença do observador. Além disso, oferece subsídios na “comparação entre as práticas dos membros com os seus discursos sobre certos processos e situações” (p. 177).

Na primeira etapa do campo foi necessário delimitar onde as observações aconteceriam mais sistematicamente, devido à inviabilidade dessas ocorrerem em todas as Unidades de Produção em função do tempo dispensado para o estreitamento de laços. Assim, foram eleitas três unidades que contemplassem os diferentes fluxos do hospital, a saber: no pronto-socorro observou-se o Acolhimento com a Classificação de Risco por ser a porta de entrada, também a clínica médica e os CTIs, compreendendo a internação hospitalar. A assistência ambulatorial não foi contemplada por ocorrer, predominantemente, em consultório. Contudo as observações não se restringiram às UPs; elas ocorreram durante todo período em campo e abarcaram comportamentos, ambientes, situações, informações, murais, comentários, condutas, protocolos, entre outros. Em cada unidade a observação durou de dois a cinco dias úteis e cerca de três horas consecutivas, dependendo da disponibilidade de cada UP.

A segunda etapa da investigação empírica ocorreu em parte dos meses de novembro e dezembro nas mesmas Unidades de Produção e por equivalente período.

Buscou-se, dessa forma, compreender a rotina do serviço bem como a percepção dos servidores em relação ao seu cotidiano no trabalho e à Política Nacional de Humanização.

À medida que os dados de observação foram organizados e sistematizados, buscou-se discutir com os sujeitos participantes da pesquisa, trabalhadores, coordenadores e gestores, seus resultados e/ou análises. Os trabalhadores concordaram com as análises e/ou hipóteses construídas, afirmando-as. Os gestores consultados corroboraram as proposições, porém, mais criticamente, as problematizaram promovendo o enriquecimento das discussões, bem como acrescentaram pontos para novas observações. A alta direção, por sua vez, questionou a construção de alguns dados da pesquisa, refutou algumas considerações provenientes do diário de campo, alegando possuir dados quantitativos divergentes dos apresentados. Justificou os dados relativos às dificuldades enfrentadas pela instituição concernentes à PNH. Negou os relatos de alguns sujeitos da pesquisa, propôs aprofundamentos orientados a alterar algumas percepções da pesquisadora. Porém, ao final, compreendeu que por se tratar de uma pesquisa qualitativa, as análises privilegiaram o processo, o sentido e o significado atribuídos à PNH, obscurecidos em uma perspectiva quantitativa. Entretanto, a direção manteve uma postura defensiva frente aos dados produzidos na instituição.

2.3 Tratamento e análise dos dados

A organização, compreensão e interpretação dos dados coletados estão embasados pela análise temática de dados (KIND, 2007). Segundo a autora, esse processo consiste em realizar uma leitura do texto, selecionando temas e extraíndo partes que possam interessar conforme o problema pesquisado. Kind (2007) expressa que este tipo de análise é uma variação da análise de conteúdo clássica. Por análise de conteúdo define-se

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2000, p. 42).

Contudo, buscou-se não se restringir ao conteúdo temático, privilegiando também séries discursivas. Assim, este trabalho teve ainda inspiração na análise do discurso, pois considera as condições de produção dos dados, analisa crítica e reflexivamente sobre esse contexto ao considerar a autoria do discurso, razões, motivações, sentidos, interesses e direcionamentos do enunciado escrito ou falado, bem como pressupostos subjacentes.

Pretendeu-se com os procedimentos metodológicos adotados neste trabalho ir além do que esteve visível, do que foi demonstrado, posto ou expressado para possibilitar o desvelar dos processos constituídos.

3 O PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenho para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes. (Paulo Freire)

A Política Nacional de Humanização é uma política pública de saúde e se insere em um conjunto maior que são as políticas públicas sociais. Não há consenso sobre as definições de política pública (HÖFLING, 2001), mas cabe ressaltar que estas têm naturezas diversas: econômicas, tecnológicas, ambientais, sociais (FREY, 2000). Souza (2006) apresenta uma definição interessante para política pública.

A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes. A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras. A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados. A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo. A política pública envolve processos subseqüentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006, p. 36).

O Ministério da Saúde enfatiza que a PNH como política difere de programa por apostar em ampla inserção no sistema de saúde e não se restringir a ações pontuais (BRASIL, 2008a). Com isso, pretende uma mudança radical das práticas em saúde e das relações que se produzem nesse campo. A compreensão do MS é endossada na seguinte afirmação:

E o que a PNH marca é uma mudança mesmo, não é um programa que se inicia e se acaba com uma gestão de um governo. O que se quer com a PNH é que seja de fato uma política pública (CONSULTORIA MS 2).

Essa concepção proporciona à PNH a inserção ou influência de seus pressupostos nos variados planejamentos de ações, projetos e programas, além das

diversas políticas e instâncias do SUS, a fim de empreender sua capilarização no sistema de saúde e atingir seus objetivos de mudanças e consolidação do mesmo.

Porém, o HumanizaSUS no intuito de demarcar seu potencial instituinte abdicou da institucionalização por meio de portaria (TRAJANO, 2010), como expressam os entrevistados.

Então a portaria é a figura da institucionalização de uma política e a gente sempre quis fazer com que a PNH pudesse ser mais uma política pública do que uma política de governo. [...] ficaria como uma face instituída da Política e a gente sempre soube que o SUS, não que ele não precise das portarias, mas o desafio maior seria fazer valer na prática concreta (CONSULTORIA MS1).

[...] não é uma portaria que se baixa é uma política que vai se construindo. [...] a gente pensa em um movimento instituinte porque a própria Política não tem como ser um movimento fechado [...]. O que se quer com a PNH é que seja de fato uma política pública, uma política de todos, então é portaria que garante isso? Não é. Então por isso que a decisão da PNH de ser um movimento instituinte e não instituído (CONSULTORIA MS 2).

Se por um lado entendeu-se que assim seria a maneira adequada e coerente de se afirmar como uma política provocadora de novos movimentos. Por outro, como se pode escapar da institucionalização quando se pretende firmar como política pública?

Sônia Altoé (2004) organizou uma coletânea de artigos no livro “René Lourau – Analista Institucional em Tempo Integral”, no texto “O instituinte contra o instituído” Lourau ensina que o instituinte desestabiliza, provoca deslocamentos, “é a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social” (p. 47). Ao passo que o instituído tende à estabilização e refere-se a “ordem estabelecida, os valores, modos de representação e organização considerados normais [...], os procedimentos habituais de previsão econômica, social e política” (p. 47). Contudo ambos são importantes e indissociáveis, produzem novas realidades a partir da tensão cristalização-desestabilização. A predominância do eixo instituinte provocaria mudanças constantes e a não ordenação da proposta política. O contrário provocaria um engessamento a ponto de se tornar inflexível e imutável, o que prejudicaria, sobremaneira, sua consolidação. Por sua vez, o instituído necessita se flexibilizar por meio da força instituinte.

Ferreira Neto (no prelo) em um texto que se propõe a problematizar a formação em psicologia e sua relação com as políticas públicas, tomando por base

as políticas de saúde, reflete sobre a importância da institucionalização como estratégia de luta no SUS e a defesa de empreender uma análise articuladora da questão instituinte e instituído como processos concomitantes. O autor pondera que há ganhos e perdas quando um movimento instituinte se institucionaliza, apesar de se referir especificamente sobre a “transposição das reivindicações sociais para o contexto da regulamentação estatal” (p. 9), pode-se pensar que há semelhanças em outros contextos.

Ganha-se em abrangência, alcance e possibilidade de ampliação dos avanços sociais, além a garantia de aporte de recursos orçamentários. O próprio aparato jurídico de regulamentação, uma vez institucionalizado, torna-se instrumento para fortalecer novas lutas sociais e políticas instituintes, pois pode e muitas vezes é utilizado por grupos e movimentos na luta pelo avanço ou consolidação de direitos, mantendo assim a correlação entre instituinte e instituído. No entanto, perde-se do ponto de vista da inventividade política, da expressão de novas dimensões da complexidade da vida coletiva, que retraem sua ação ampliada ao focalizarem suas ações nas parcerias com o Estado. Perde-se também parte da autonomia própria dos movimentos sociais (FERREIRA NETO, no prelo, p. 9).

Assim, nas palavras de Baremlitt (2002), “o instituído é o efeito da atividade instituinte” (p. 30), ou seja, todo movimento instituinte tende a se tornar instituído. “Tem-se que evitar uma leitura do tipo maniqueísta, que pensa que o instituinte é bom e o instituído é ruim” (BAREMLITT, 2002, p. 30), ambos estão em relação constante.

Contudo, acredita-se que tal demarcação sobre a PNH se manter como movimento instituinte diz respeito à concepção de política pública compreendida pelo coletivo gestor do HumanizaSUS, como expresso abaixo.

Então você tem uma política de Estado, você tem uma política de governo. Uma política de Estado que é muito estável, até haja uma reforma constitucional, aquilo ali não mexe, você tem uma política de governo que é muito instável. Então você tem uma enorme estabilidade da política de Estado e uma enorme instabilidade da política de governo. E todo o desafio seria, então, conseguir outra estabilidade que não é a estabilidade do texto constitucional, mas seria a estabilidade do que se efetiva na experiência concreta dos sujeitos implicados no processo de produção da saúde, que são trabalhadores, gestores e usuários, é o que nós chamamos então de política pública, é fazer política pública (CONSULTORIA MS 1).

Ferreira Neto (no prelo) ao refletir sobre a concepção de política pública compreende que estas são

[...] resultantes de um processo de lutas, de relação de poder, envolvendo diferentes atores sociais, que pode ter início, inclusive fora do Estado, visando construir um aparato jurídico institucional que oriente a resolução de conflitos em relação aos bens públicos. Esse processo de lutas não se encerra com a regulamentação legal, mas sofre inflexões ao se institucionalizar, podendo inclusive ter enfraquecida parte de sua potência inovadora (FERREIRA NETO, no prelo, p. 8).

Nesse tocante, Benevides e Passos (2005a) afirmam que na relação governo-Estado-dimensão pública, esta última é que deve prevalecer e se fortalecer. Expressam ainda que “as alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas públicas [...] é o que se produz no plano coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado. [...] o público indica assim a dimensão do coletivo” (p. 566). Neste sentido, a PNH assumiu a posição de operar no limiar do plano coletivo e da política Estatal (BENEVIDES; PASSOS, 2005a), tentando superar a ideia que política pública se consolida pelo Estado e tentando conciliar sua potência instituinte por meio, principalmente, da criação de um coletivo expressivo para, dessa forma, se firmar como uma política pública estável, sem identificação a um governo específico ou a burocratização e cristalização de uma política Estatal.

Para tanto, a compreensão das apostas da PNH deve ocorrer indissociadamente das pretensões do Movimento de Reforma Sanitária e da construção do SUS. Pois a PNH emerge do anseio de fazer avançar a reforma do sistema de saúde brasileiro, como indica um entrevistado.

Então tiveram várias pessoas que contribuíram enormemente para a Política acontecer e, todo esse movimento do SUS, ele acaba desencadeando na Política (AGENTE DA SMS).

Vinte e dois anos se passaram desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde, resultado de amplos e ativos processos de lutas empreendidas por meio de intensa mobilização social que criticava o modelo de atenção, bem como vislumbrava a construção de um novo sistema de saúde que contemplasse o direito ao acesso e a organização dos serviços de saúde (SILVA, 2009), convencionalmente denominado de movimento sanitário ou Reforma Sanitária.

O movimento sanitário, embora heterogêneo, organizou-se a fim de produzir consensos norteadores para efetivar mudanças radicais no campo da saúde brasileira (MATTOS, 2009). A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986 é fruto desses movimentos plurais organizados e consolidou um debate

que fundamentou a instituição de uma nova base jurídico-legal para a política de saúde no Brasil, estabelecida pela Constituição de 1988, ainda produziu nova concepção da saúde como um processo, condicionado e determinado por vários fatores para além da existência de patologias (VASCONCELOS; PASCHE, 2007).

Contudo “a construção de uma nova realidade jurídica não garante a produção de mudanças na velocidade desejada” (PASCHE, 2009, p. 702). Se anteriormente, a mobilização e coesão do movimento sanitário, apesar de divergências e interesses diversificados (MATTOS, 2009), determinou o sucesso da construção teórica e conceitual do SUS. A implementação desse arcabouço teórico na realidade dos serviços de saúde não se manteve com o mesmo vigor (SILVA, 2009). Tais constatações corroboram a afirmação de um dos entrevistados:

[...] entre a enorme sofisticação do texto constitucional e das leis orgânicas que fundam o SUS e a prática concreta tem um *gap* aí (CONSULTORIA MS 1).

Em consequência, apesar de muitos avanços importantes terem sido efetivados, a concretização do ideário do Sistema Único de Saúde tem enfrentado entraves que dificultam ou, mesmo, impedem a superação do modelo de atenção antes criticado. Alguns deles referem-se à desvalorização do profissional de saúde, condições de trabalho que deixam a desejar, fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os profissionais, pouco investimento em capacitação, participação popular incipiente, rede assistencial fragmentada, fraco vínculo com o usuário (BRASIL, 2008a), além das questões de financiamento do sistema. Portanto ressalta-se a importância fundamental do embasamento legal, da conquista cidadã e das construções teóricas daquele momento histórico. Entretanto, em tempos atuais, tornam-se necessárias ações e estratégias que impulsionem a consolidação e o aperfeiçoamento do SUS (SILVA, 2009). Nesse sentido, a humanização ganha status de estratégia política a fim de promover ampliação da agenda inserindo o tema na pauta das políticas de saúde (CAMPOS, 2007).

As Conferências de Saúde também forçam a ampliação da agenda para a saúde fomentando o debate de questões problemáticas deste campo. Essas são espaços institucionais, de deliberação coletiva, onde se abre ao Controle Social. Ocorre a cada quatro anos com participação de todos os segmentos implicados no

processo do SUS. Nas CNS são esboçados pressupostos e formulações políticas de saúde que serão avaliados no próximo período (GUIZARDI et al., 2004).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano 2000 imprimiu relevo e expressou anseios tanto dos trabalhadores e gestores como dos usuários ao eleger o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” (BRASIL, 2003b). A conferência abarcou aspectos referentes à criação de políticas intersetoriais; recuperação da imagem do serviço público de saúde e divulgação do SUS; fortalecimento do controle social e da participação popular, como exercício de cidadania; aprimoramento das condições de trabalho e capacitação profissional; qualidade da assistência; acessibilidade ao sistema de saúde; compromisso institucional e de gestão com a organização dos processos de trabalho (BRASIL, 2003b).

Um entrevistado aponta a 11ª CNS como base para a compreensão da necessidade de uma política fortalecedora do SUS e embrião da PNH.

[...] ela emerge da 11ª Conferência que foi aquela grita dos trabalhadores que estavam desumanas as condições de trabalho, a sub-remuneração, por um lado e, também, por outro lado a população falando estava sendo mal atendida, que o serviço era desumano, ela surge de fato a partir disso aí [...] foi trabalhado nela a necessidade de criar, de se pensar uma política que de fato ela ativasse os princípios do SUS (CONSULTORIA MS 2).

Porém, a inserção de um tema na pauta política extrapola o âmbito reivindicativo e pode depender de interesses e forças políticas (FREY, 2000). No caso da Política Nacional de Humanização, há indicativos do determinante para sua formulação assentar-se em uma “conjuntura político-institucional de debates e avaliações” (TRAJANO, 2010, p. 108) dentro da máquina do MS.

Em 2003 inicia-se uma nova gestão com o Partido dos Trabalhadores (PT) no comando do país. A mudança governamental ocasionou novas nomeações e mudanças no Ministério da Saúde. Gastão Wagner de Sousa Campos, professor da Universidade de Campinas e que já havia atuado como secretário municipal de saúde nessa cidade, assumiu como Secretário Executivo da Secretaria Executiva (SE), sendo que esta passou a formular políticas e, não apenas executá-las (BRASIL, 2003a). Autor de vasta produção acadêmica, extensa experiência como sanitarista em Campinas e com participações importantes no movimento pela Reforma Sanitária, suas ideias, metodologias e construções intelectuais gestados entre a academia e sua atuação como Secretário Municipal de Saúde, passaram

oficialmente a compor os textos de diversas “políticas nacionais” produzidas pelo Ministério da Saúde. Conceitos como o de clínica ampliada, cogestão, apoio matricial, entre outros passam a fazer parte das políticas públicas. Suas noções também demarcaram e/ou determinaram o arcabouço teórico da Política Nacional de Humanização (TRAJANO, 2010).

Outros pesquisadores oriundos do meio acadêmico e parceiros de Gastão Wagner (CAMPOS, 2005) orientados por pressupostos da análise e intervenção institucional, se juntaram à equipe da SE, agregando novas pautas para a política na saúde. Vale destacar o nome da Diretora de Programa da Secretaria Executiva e a Coordenadora Nacional da PNH (BRASIL, 2003a), Regina Duarte Benevides de Barros. A avaliação inicial da nova gestão que assumiu o MS em 2003 verificou que a instituição ministerial era fortemente marcada por relações verticais e por escassa comunicação, como relata o entrevistado.

[...] essa avaliação do governo de transição detecta, dentre vários problemas, um especial que está diretamente ligado à formulação da Política que é um forte caráter segmentar no Ministério da Saúde. [...] se verificou que ele era marcado por um grau de abertura comunicacional muito estreito, de tal forma, que [o ministro] começa a falar da necessidade de um MUS, um Ministério Único da Saúde, exatamente porque havia dentro do Ministério uma fragmentação (CONSULTORIA MS 1).

A formação do Ministério Único não ocorreu, mas possibilitou pensar na necessidade de estratégias para promover integração na própria instituição, ampliando-as aos serviços de saúde.

O conceito de transversalidade ganha um destaque aí, como uma aposta, [...] a ideia de se encontrar dispositivos do aumento do grau de comunicação, alteração do padrão comunicacional dentro do Ministério (CONSULTORIA MS 1).

Benevides e Passos, (2005a) relatam outro aspecto importante para a criação da PNH. Transitavam no Ministério programas, projetos, propostas e atividades abarcando a questão da humanização, entretanto, de caráter segmentar, baixa horizontalidade entre elas e organização vertical do MS e do SUS. O que impulsionou a necessidade de “redefinição do conceito de humanização, bem como os modos de construir uma política pública e transversal de humanização na/da saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005a, p. 562). Assim, esses apontamentos contrariam a afirmação de autores como Trajano (2010) ao alegarem que a PNH forjou-se a partir da 11ª CNS, deixando obscurecidos a dimensão institucional e os

interesses políticos em voga para tal construção. Ressalta-se que essa foi considerada extremamente importante no processo de formulação da referida política, contudo sugere que não foi o principal ativador para sua construção.

Percebe-se com isso, que o tema da humanização na saúde não é recente: não inaugura um novo movimento, mas está em voga desde 1960 pelas reivindicações do movimento feminista e a partir da década de 90 ganhou fôlego e notoriedade com as ações, projetos e programas que foram definindo o campo da humanização na atualidade, como relatado anteriormente. Mas eram demarcados por um fracionamento de áreas, identificado a algumas profissões, focado no cliente e na qualificação hospitalar (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). Um entrevistado ressaltou a ineficácia e o pouco alcance de tais programas.

[...] eu não acreditava também no programa do jeito que ele era porque eram umas pessoas inseridas de boa vontade que iam discutir aquela humanização, ninguém dava muito ouvido porque ela era um agente externo que não estava na realidade do dia-a-dia. [...] não conseguiam efetivamente se inserir dentro ou mudar de forma radical as questões do trabalho (AGENTE DA SMS).

Segundo outro entrevistado, as iniciativas dos programas, ainda que segmentadas e desconectadas, foram importantes naquele momento, na tentativa de sensibilizar os atores envolvidos com questões da saúde (usuários, trabalhadores e gestores) a superar desafios no tocante à melhoria da assistência e gestão, a exemplo do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru e o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), datados do ano 2000 (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

[...] porque os programas tinham a humanização como uma alteração dos modos de cuidar e do modo de gerir em setores específicos. Mas eles tinham um caráter setorial (CONSULTORIA MS 1).

No contexto de transição governamental, além das questões já destacadas para a construção da PNH, a SE pauta dois projetos políticos importantes, são temáticas sobre a descentralização do SUS e ações transversais aliadas a essa descentralização, para não suscitar fragmentação. Assim, nas palavras do entrevistado, necessitou-se criar

[...] políticas transversais que pudessem fazer uma tecedura entre diferentes segmentos, setores que estão comprometidos no Ministério com a gestão dos processos de produção de saúde (CONSULTORIA MS 1).

Assim, houve uma conjunção de fatores que proporcionou um cenário favorável para a emergência da temática da humanização e sua inserção na agenda política. Com isso, a reivindicação da sociedade expressada na 11ª CNS reuniu-se à demanda institucional de se fazer uma política transversal.

A gente entendeu que esse tema da humanização poderia ter força e poderia ser potencialmente o atravessador, a urdidura que permitiria alterar esse padrão comunicacional que fazia do Ministério ainda uma instituição tão fragmentar, tão segmentada. Então esses programas [de humanização] eram chamados a poder participar dessa prática agora, que não seria mais específica de nenhum setor, de nenhum nível da saúde e nenhuma dimensão particular da relação de produção de saúde. (CONSULTORIA MS 1).

Para conciliar as necessidades sociais e institucionais, retomou-se a discussão do conceito de humanização, tema até então banalizado, segundo Benevides e Passos (2005a). Dois entrevistados concordam que o termo foi um complicador, mas importante ser abordado com novo significado.

E o termo é danado, à época, inclusive, foi muito discutido, até antes da minha chegada, se era humanização, se não era humanização. O negócio é humanizar mesmo que o SUS está desumano para os trabalhadores e para os usuários. [...] a proposta foi desconstruir todo um entendimento que existia, e que existe. De que humanismo é esse que nós estamos falando? (CONSULTORIA MS 2).

Porque, ao mesmo tempo, essa tradição [filantrópica, religiosa, paternalista] comprometia a necessária politização da humanização, a necessária afirmação da diretriz cogestiva, a necessária convocação para o embate com os modelos tradicionais, o enfrentamento de certas práticas instituídas [...] malgrado talvez todos os adjetivos que não são bons para a prática de saúde, podia guardar aí um espírito de valorização dos sujeitos, de valorização dos direitos e a necessária mudança dos modos de fazer (CONSULTORIA MS 1).

Deslandes (2005a) afirma que, apesar da tentativa de ressignificar o termo, houve apenas um entendimento sobre a humanização e não uma demarcação do conceito propriamente.

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação

coletiva no processo gestão; mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; defesa do SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual [...] (BRASIL, 2008, p. 18).

Entretanto nas publicações em periódicos científicos, os formuladores do HumanizaSUS expressam mais claramente o conceito de humanização que se pretende definir, entendendo não como “retomada ou revalorização da imagem idealizada do Homem e mais a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais” (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 570). Compreendem assim, que a proposta de humanização da política abarca pessoas e situações concretas de existência em um dado momento histórico, social e político. Ainda nesse sentido, os autores afirmam que

[...] o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 391).

Em um texto que debate essas proposições, Gastaldo (2005) faz reflexão crítica a esta ressignificação do conceito de humanização. Compreende que a humanidade tem como características a diversidade e diferença, sendo que estas já se tornam comprometidas quando se usa o vocábulo homem como representativo de todos os seres humanos.

Puccini e Cecílio (2004) alertam que a humanização expressa o “estranhamento do homem diante de seu mundo” (p. 1346) e que se torna importante observar o perigo da discursividade redundante, humanizar atividades humanas. Os autores sugerem cuidado para não valorizar demasiadamente as subjetividades, correndo o risco de uma ‘psicologização’ do processo social e instauração da alienação quanto a este.

Contudo não se trata de humanizar seres humanos, seria uma missão impossível, não há pessoas menos humanas ou, mesmo, desumanas. A humanidade se constitui histórica e socialmente e, como tal, comporta ambiguidades, paradoxos, conflitos, incoerências, disparidades, imperfeições que são próprias dessa condição, o de se reinventar, de se transformar conforme os contextos. Portanto, não há como atribuir, a priori, um valor à experiência. Os fenômenos e manifestações do ser humano delineados nesse percurso sócio-

histórico não estão condicionados às pessoas individualmente e, sim, a composições que não favorecem um projeto de saúde comprometido com a autonomia, compreensão, tolerância, inclusão e solidariedade entre os sujeitos, compartilhamento de poder, respeito à diversidade e condições igualitárias ao acesso dos direitos. Assim, a humanização que propõe a PNH instiga a produção de subjetividades a partir da experiência coletiva, experimentações potencializadoras de produção de fazer e agir de outra forma no trabalho em saúde.

No contexto de discussão conceitual, a PNH começa a se delimitar. A equipe da SE, atenta ao movimento que se estabelece no MS, encontra nos parceiros DST/AIDS, Departamento de Apoio à Descentralização (DAD), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a Coordenação de Saúde Mental, que toma para si a questão das drogas, inspiração e influência para a composição do ideário do HumanizaSUS. Estes parceiros conseguiram, de alguma maneira, transpor desafios e experimentar práticas diferentes das tradicionais hegemônicas, como declara um entrevistado.

E a gente está ali olhando como esses novos desafios impõem desafios metodológicos, modos de fazer. E é um modo de fazer que a gente entendeu que estava em princípios, três princípios básicos, são modos de fazer que pressupõe essa abertura da comunicação, o aumento do quantum de transversalização dentro dos grupos e entre os grupos. [...] Isso já é a PNH começando ali dentro do Ministério a formular o que mais tarde vai ficar explicitado no seu ideário (CONSULTORIA MS 1).

Concomitante a esses acontecimentos, a equipe gestora da PNH foi delineando o arcabouço teórico-metodológico-prático juntamente com outros atores, integrantes do MS, de outros ministérios e serviços de saúde. Ainda em 2003, foram-se construindo as bases da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS à medida que esta ia sendo experimentada. Realizou-se o mapeamento de práticas inovadoras e exitosas que superaram desafios por meio de criação e invenção de novos modos de fazer, caminhando em direção às mudanças almejadas na saúde (PASCHE, 2009). O mapeamento de tais práticas objetivou a composição dos elementos mais importantes no arcabouço da PNH, já que esta indica, além do que fazer, também o como fazer. Criou-se, assim, o prêmio David Capistrano e realizou-se um seminário para a divulgação das práticas exitosas quanto à atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2003a). A partir daí, passou-se a disseminar a ideia que há um “SUS que dá certo”.

Compreende-se que a afirmação pretende valorizar e ressaltar o que há de interessante, inovador, inventivo e resolutivo ocorrendo nos diversos serviços. De fato, é importante destacar e comemorar as conquistas positivas, tendo em vista a maciça exposição, sem análise crítica e cuidadosa, especialmente pelos meios midiáticos, das dificuldades não superadas, dos acertos ainda necessários, dos desafios a serem transpostos, o que pode conduzir a percepção de que pouca coisa funciona no Sistema Único de Saúde, assim identificado a serviços direcionados a população mais carente. Discurso que interessa ao mercado privado, pois produz o desejo de contratar um plano de saúde (SILVA, 2009). No entanto, quem utiliza os serviços públicos de saúde, denominados usuários do SUS, atestam além dos problemas que certamente existem, sua eficácia e qualidade, segundo publicação do Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A pesquisa teve como objetivo a avaliação sobre a percepção da população dos serviços prestados pelo SUS. Vários pontos foram destacados sobre estes e muitos tiveram ótima avaliação pelos usuários. O estudo concluiu que “a avaliação geral do SUS por aqueles que tiveram uma experiência de utilização dos serviços é bem mais positiva que a percepção expressa por aqueles que não utilizaram” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011, p. 20).

O SUS tem caráter anti-hegemônico, em função de sua história de construção, os valores norteadores não se baseiam no lucro, na saúde como mercadoria ou no sujeito como objeto de intervenção, corroborando o relato abaixo.

O SUS é muito sofisticado, é uma coisa incrível, o brasileiro não tem muita noção [...] porque o SUS na aposta dele, ele é muito contra-hegemônico, ele é muito resistente à forma dominante, majoritária de organização do capitalismo contemporâneo. [...] Então não há interesse nenhum de deixar dar certo um sistema como o SUS, que garante a universalidade do acesso aos bens da saúde, entendendo que esses bens da saúde é valor de uso e não valor de troca. [...] E uma das maneiras de garantir que ele não dê certo é não colocando informação acerca do SUS. E só tem visibilidade o SUS que não dá certo, o SUS que dá certo ninguém ouve falar, ninguém. (CONSULTORIA MS 1).

Porém sob a discursividade que “dá certo” arrisca-se negligenciar os vários e graves problemas da organização da atenção, das práticas assistenciais, dos interesses corporativos, gestão autoritária, por vezes, sem capacitação e competência, do sucateamento dos estabelecimentos, da formação deficitária,

segmentar e direcionada ao mercado privado, do financiamento insuficiente, entre outros.

Nos primeiros dez meses de trabalho, a equipe da SE articulou outras estratégias de construção e elaboração coletiva, discussão, sensibilização e divulgação foram se formando. O “Projeto Barraca da Saúde: um espaço de conversa” promoveu seis encontros e um estande na festa junina do MS. Pretendeu-se disparar o diálogo e os relacionamentos, escutando as expectativas sobre as novas políticas do MS e apresentando propostas sobre a nova gestão. No projeto “Oficinas de Humanização” realizaram-se seis encontros. O “Curso Saúde: clínica, ética, política” teve a finalidade de capacitar coordenadores e técnicos do MS em oito encontros. O “Projeto Gestão do Conhecimento e Humanização” objetivou fazer intercâmbio e compartilhamento de conhecimentos e o enfrentamento a elementos dificultadores presentes na instituição MS (BRASIL, 2004a).

Tais iniciativas promoveram certa transformação dos arranjos institucionais bem como do processo político (FREY, 2000). A estratégia de envolver outros sujeitos na formulação da PNH, além do grupo intelectual e redator, promoveu a ampliação do debate sobre o tema, a inserção dessa política na pauta de outras discussões e a implicação de novos atores políticos inter e extra ministério, dinamizando o processo e preparando sua capilarização, bem como evidenciando tensões e relações de poder como relatam Mori e Oliveira (2009) no texto dedicado a descrever o processo interno de arranjos da PNH, intitulado “Os coletivos da Política Nacional de Humanização: a cogestão em ato”.

A partir desses arranjos, a PNH extraiu das “experiências concretas nos serviços e nas práticas dos SUS e da análise de sua construção, suas próprias construções discursivas e práticas” (PASCHE, 2009, p. 704). Assim, sua base remete à compilação de projetos e programas humanizadores da assistência, visando superar a fragmentação dessas iniciativas, englobando, rearticulando e potencializando suas ações bem como “espraiando o conceito de humanização para o conjunto de práticas de saúde do SUS” (BRASIL, 2003a, p. 2).

Ao mesmo tempo, como estratégia, o HumanizaSUS articulou-se em eixos estruturantes, são eles: instituições do SUS, atenção, gestão, financiamento, formação e comunicação.

Pelo eixo das instituições do SUS pretende-se que a PNH se integre aos planos estaduais e municipais de governo, assim como integram o Plano Nacional de Saúde e os termos do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2008a).

O eixo da atenção propõe o incentivo à promoção, integralidade e intersetorialidade das ações de saúde e o trabalho compartilhado e co-responsável, visando fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2008a).

O eixo da gestão aponta para ações de participação dos trabalhadores nas discussões e tomada de decisão, bem como necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seu ideário (BRASIL, 2008a).

O eixo do financiamento aponta para o repasse de recursos integrados tanto de programas específicos de humanização como de subsídios à atenção, perante o compromisso dos gestores com a PNH (BRASIL, 2008a).

O eixo da formação propõe a vinculação às instituições formadoras de trabalhadores da saúde para a inclusão nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação ou extensão em saúde (BRASIL, 2008a).

O eixo da comunicação objetiva a inclusão da PNH na pauta de debates da saúde e a sensibilização para os conceitos e temas da humanização (BRASIL, 2008a).

Com isso, pretendeu-se divulgar e capilarizar os pressupostos da PNH que se estruturam em princípios, método, diretrizes e dispositivos, apresentados, preliminarmente, em 2003 no XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não-Violência. Em 2004, antes do seu lançamento oficial neste ano, foi divulgada ao Conselho Nacional de Saúde/141ª reunião ordinária (TRAJANO, 2010) e na XII Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca (BRASIL, 2004a). Por princípio entende-se o disparar de movimentos e ações. São três os princípios que se apresentam separadamente (BRASIL, 2008a), porém são imbricados e se retroalimentam incitando ao movimento e compondo método, diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS.

Transversalidade é um conceito original de Félix Guattari. Apesar de ser recorrente nas diversas produções sobre a PNH, é pouco problematizado e, muitas vezes, tomado como equivalente ao aumento de comunicação. Entretanto quando se ocupa da transversalidade pode-se pensar em quatro sentidos básicos: um primeiro sentido aplicado a ações, instâncias, hierarquias e níveis institucionais:

trata-se da proposta em si como uma extensão que as atravessa ou as permeia abarcando tanto a horizontalidade como a verticalidade, possibilitando confluências entre ambas. Nas palavras de Guattari (1987), “é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma pura horizontalidade” (p.96). Com base nisso, a transversalidade tem a função de fazer a proposta da política supracitada penetrar, perpassar e compor diversas ações, planejamentos e projetos, adentrar as diferentes instâncias e transpor distintos níveis de organização da saúde e de instituição para se efetivar. Com efeito, o atravessamento provocado por esta transversalidade convoca o segundo sentido que se refere à vertente comunicacional. Segundo Guattari (1987) “a uma comunicação máxima entre os diferentes níveis e, sobretudo nos diferentes sentidos” (GUATTARI, 1987, p. 96). Comumente os dois sentidos da transversalidade são tratados como definição única, ainda que ambos sejam incitados pela ação um do outro, o que não os torna a mesma coisa. São dimensões distintas, porém, indissociáveis. Já o terceiro sentido, da transversalidade, não se confunde com os anteriores; contrariamente, não chega a ser reconhecido como componente do conceito. Refere-se ao processo de autonomia, o que Guattari (1987) explicita como aspecto da formação do grupo sujeito. A transversalidade sob tal coeficiente “tenta assumir o sentido de sua práxis e se instaurar como grupo sujeito”. Mais ainda, “conjuram totalidades e hierarquias; eles são agentes de enunciação, suportes de desejo, elementos de criação institucional” (GUATTARI, 1987, p. 104-105). No processo de autonomização três fatores merecem destaque: o de resistência em se manter subjugado, o empreendimento em libertar-se dos fatores de dominação e se constituir como promotor na criação de componentes outros para produção de novas realidades. O quarto sentido da transversalidade aparece no livro “Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática” de Gregório Baremlitt. Essa formulação trata o conceito em contraposição ao que o autor define como atravessamento e refere-se ao resultado do entrelaçamento entre o instituído e instituinte, organizante e organizado, que não atuam indissociadamente, mas sim em conjunto (BAREMBLITT, 2002). À interpenetração desses elementos, quando funcionam ao “nível do conservador, do reprodutivo, chama-se de atravessamento”. Ao passo que quando funcionam ao “nível do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo, chama-se transversalidade” (BAREMBLITT, 2002, p. 33). Ou seja, trata-se de transversalidade

quando se está a serviço “da cooperação, da liberdade, da plena informação, da produção e transformação afirmativa e ativa da realidade” (BAREMBLITT, 2002, p. 35). Segundo o autor a transversalidade tem como efeitos a criação de dispositivos que transgridem as formalidades dos limites organizacionais incitando movimentações e arranjos “alternativos, marginais e até clandestinos às estruturas oficiais e consagradas”. (BAREMBLITT, 2002, p. 34).

Partindo dessas considerações, pode-se pensar que a transversalidade, como princípio da PNH, irradia além das instâncias, níveis e ações institucionais, forçando a comunicação e provocando o processo de autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Apesar de não poder dissociar os três princípios, como dito acima, a transversalidade se posiciona centralmente entre os demais princípios, pois em seus diversos sentidos irá constituir-los. Pode-se pensar como o princípio agregador e disparador tanto para possibilitar a indissociabilidade entre a atenção e gestão como para promover o protagonismo e autonomia.

Assim, a PNH por meio, principalmente, da transversalidade aposta na

[...] transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados no processo de produção da saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho (BRASIL, 2008a, p. 23)

O princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, versa sobre a integração entre o cuidar e o gerir nos processos de trabalho (BRASIL, 2008a). Atribui relevância equivalente e defende que “o que e como se faz” não deve se separar do “pensar e decidir sobre o que e como se deve fazer” na saúde. Compreende que à medida que se produz saúde há transformação de sujeitos (BRASIL, 2008a). Ou seja, ao se implicar com a clínica, fundamentalmente haverá implicação política. Assim sendo, mudanças nas maneiras de cuidar, da prática em saúde só se efetivarão se houver constituição de sujeitos por meio da apropriação de outros modos de trabalho, possibilitados pela política que se faz cotidianamente através das negociações, das parcerias e cooperação, das tomadas de decisões e resoluções coletivas dos conflitos, dificuldades ou interesses divergentes, das produções de consensos, da explicitação das relações de poder, da construção de novas propostas, entre outras questões. Ainda, a integração dos processos de

trabalho se entrelaça com a integralidade do cuidado (BRASIL, 2008a). Não será possível esta integralidade se o processo de trabalho for fragmentado e desconexo.

O princípio do protagonismo e autonomia dos sujeitos coletivos concerne ao aumento da efetividade das mudanças na gestão e na atenção quando balizadas pelo engajamento dos sujeitos quanto à afirmação da autonomia, ao buscarem pactuar e compartilhar responsabilidades, bem como na invenção nos processos de gerir e de cuidar (BRASIL, 2008a). Porém, a autonomia nunca é plena, absoluta refere-se à "capacidade do sujeito em lidar com sua rede de dependências" (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2007, p. 670) dentro seu campo de atuação. Dessa forma, o sujeito autônomo é aquele que desenvolve a capacidade de refletir e agir, lidando com o sistema de poder. Portanto, as possibilidades de cada agente são diferenciadas conforme variam os coeficientes de autonomia dos envolvidos no processo de produção de saúde. Tal gradação condiciona e determina também o grau de protagonismo e liberdade possíveis para a concretização de mudanças das relações e práticas em saúde.

O método relaciona-se a condução de um processo e a forma de conduzir a proposta da PNH é o de tríplice inclusão (BRASIL, 2008a). Se propõe a incluir os diferentes sujeitos por meio da comunicabilidade e da participação coletiva incentivando o protagonismo e autonomia através das rodas. Incluir os fenômenos provocadores de desestabilização do *status quo* através da análise coletiva dos conflitos e a incluir os coletivos, sejam grupos de trabalho, movimentos sociais organizados ou outros grupos com o intuito de fomentar e/ou construir redes (BRASIL, 2008a).

O método supracitado se dissemina por meio das diretrizes, que oferecem as orientações gerais para a operação do HumanizaSUS.

A ampliação da clínica, como diretriz, diz respeito ao enfrentamento de um modelo de atenção hegemônico que se mantém historicamente sem muitas alterações, como: centralização do saber médico, a doença como foco e objeto de intervenção, desconsideração das subjetividades no processo saúde-doença, relações desiguais e verticalizadas, são alguns exemplos (BRASIL, 2008a). Para favorecer a ampliação da clínica é imperativo implicar-se com práticas que sejam antagônicas às descritas acima e, portanto, novas práticas. Torna-se mister centrar a atenção no sujeito, valorizando seu saber, experiência, história e contexto de vida, promover condições para que os sujeitos se constituam autônomos, avaliar a

complexidade da vida frente às demandas de saúde para intervenção compartilhada e co-responsável, agregar saberes por meio de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2008b).

A cogestão é um espaço democrático onde a coletividade por meio da participação (trabalhadores, gestores, usuários, familiares) se apresenta para análise das situações, contextos, problemas, construção de propostas e tomada de decisões pactuadas (BRASIL, 2009a).

O acolhimento refere-se à capacidade de escutar as necessidades do outro. Para tanto, implica na escuta sensível das queixas do usuário, na análise de suas demandas e na colocação de limites, na garantia de resolutividade da atenção, na responsabilização da equipe de saúde desde sua chegada até a saída (BRASIL, 2008b).

A valorização do trabalho e do trabalhador aponta a necessidade de se criar espaços de valorização do potencial inventivo dos trabalhadores da saúde que se faz pela capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra (BRASIL, 2008e).

Defesa dos Direitos dos Usuários parte do reconhecimento do usuário como cidadão, visa garantir que seja respeitado seu direito à saúde, à dignidade humana e à vida (BRASIL, 2006).

Por fomento das grupalidades, coletivos e redes empreende-se o processo de produção de saúde e de subjetividade viabilizando-as. Os coletivos, quando organizados, têm o potencial de fomentar e alterar os processos de produção de saúde, ao privilegiar os sujeitos e as interações de forma a promover capacitação para lidarem com a produção de bens e serviços assim como sua própria constituição (CAMPOS, 2000).

A diretriz “Memória do SUS que dá certo” propõe a construção de registros das ações e projetos exitosos que são cultivados no SUS e nem sempre são divulgados. Objetiva-se oferecer visibilidade às questões da atenção e gestão que funcionam com qualidade, inventividade e resolutividade orientados pelo ideário do Sistema Único de Saúde.

Dispositivo é um arranjo de elementos, materiais ou não, que impulsionam o funcionamento, catalisa ou potencializa um processo (BRASIL, 2008a). Nesse sentido, pode-se pensar que a existência de um dos elementos operacionais da

PNH só terá força de dispositivo se promover deslocamentos, desconforto e mudanças efetivas.

Os dispositivos da PNH são a operacionalização e afirmação de suas diretrizes. A operacionalização ocorre através do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e a Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; Visita aberta e Direito à acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Co-Geridos de Ambiência; Acolhimento com classificação de riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva e Projeto Memória do SUS que dá certo.

Partindo da estruturação da PNH, verifica-se que se assenta na base da comunicação, coletividade, grupalidade e participação para orientar-se como estratégia de operação de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, afirmando-os sem no entanto tornar-se parte deles (SANTOS-FILHO, 2007).

Uma política não pode se confundir com um princípio e a humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação da realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 391).

Nesse sentido, a humanização da atenção e da gestão além da tarefa de organizar os serviços e práticas de saúde tem o “papel e a função estratégica de manter pulsante, no SUS, em cada uma de suas políticas, o espírito e ação solidários e a construção do bem comum” (PASCHE, 2009, p. 707).

Atualmente a PNH, por meio de investimentos diversos, é concebida como prioridade pelo MS por entender que abarca avanços fundamentais no contexto da saúde (BRASIL, 2008a). Um dos entrevistados explicita a importância e força da PNH dentro da organização ministerial.

A Política chegou a ter o maior contingente de consultores do Ministério da Saúde, chegou a ter 60, 70 consultores. Um grupo muito grande. [...] Ela desde o início tem um PRODOC. É um instrumento de gestão financeira importante. O coordenador da PNH é um gestor de um instrumento de financiamento. A saúde mental não tem, por exemplo, um PRODOC [...]. Funciona como um projeto do qual há uma captação de verba, que a própria Política coordena, administra. Ela tem um financiamento próprio que lhe confere um grau de institucionalidade no Ministério (CONSULTORIA MS 1).

Foi a PNH que criou a rede HumanizaSUS, ali tem um investimento caro. Vamos investir na publicação? A PNH tem uma publicação expressiva, tem os cadernos de humanização [...], tem o número temático da Interface e tem vários livros [...]. Os seminários nacionais, um seminário desses custa muito dinheiro, precisa de um investimento grande para realizar [...]. Então tem todo um investimento, é uma linha prioritária. (CONSULTORIA MS 1).

Ressalta-se que mesmo ocorrendo várias mudanças dentro do MS desde sua formulação, a saber: troca de ministros, migração de secretaria, mudanças do grupo de assessores e consultores externos e rodízios de coordenação, o HumanizaSUS se manteve, com oscilações, ativo e produtivo (MORI; OLIVEIRA, 2009). O que demonstra um esforço coletivo e o fortalecimento de seus pressupostos.

A PNH inova ao integrar experiências exitosas no texto da política, demonstrando que novos parâmetros para a saúde são viáveis à medida que se procura combinar a defesa da vida com a construção de novos padrões de qualidade para a mesma e que a mudança em direção à humanização depende de mudanças dos valores das pessoas e da desalienação destas para transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso (CAMPOS, 2005).

O HumanizaSUS apesar de pretender se afirmar pela dimensão pública, não pode desconsiderar a condição de ser uma política estatal. Assim sendo, nas palavras de Höfling (2001),

[...] as ações empreendidas pelo Estado não se implementam automaticamente, tem movimento, tem contradições e podem gerar resultados diferentes dos esperados. Especialmente por se voltar para e dizer respeito a grupos diferentes, o impacto das políticas sociais implementadas pelo Estado capitalista sofrem o efeito de interesses diferentes expressos nas relações sociais de poder (HÖFLING, 2001, p. 35).

Portanto, a fase de formulação de uma política não se encerra no processo de implantação, o contrário também se aplica (Frey, 2000). Estas fases coexistem, se integram, se compõem, ambas são importantes e se retroalimentam, pois não constitui um processo sequencial. Devem ser intercambiadas para permitirem a produção de novos conhecimentos e diferentes sujeitos, ainda que tenham discursos dominantes e, ou, emergentes vivenciam e expressam novos modos de se posicionar e movimentar. Tais sujeitos se encontram envolvidos na prática da humanização, permitindo rupturas e continuidades, avanços e retrocessos. As propostas de humanização advindas da política propõem mudanças profundas nas formas de se relacionar para que haja mudanças de práticas e dos sujeitos envolvidos. Mudanças que devem ser facilitadas pelo ideário do HumanizaSUS.

4 A RELAÇÃO ENTRE A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E O HOSPITAL PÚBLICO

A ação política, como se sabe, é exercida por meio de vários instrumentos. E um deles, nem sempre devidamente considerado, é a produção e difusão de idéias, imagens, valores. Dizer que algo é “apenas um discurso” ou “mero reflexo” pode ser perigoso, porque arrisca ignorar que enunciados são armas (MORAES, 2002, p. 14).

Este capítulo se ocupa de uma breve contextualização da instituição de saúde onde se realizou a pesquisa; apresenta como se estabeleceu a relação entre a instituição hospitalar e a PNH e, ainda, quais as consequências desta relação. Para isso, foram utilizadas informações de documentos internos, entrevistas e publicações da experiência de humanização do hospital em questão. Este capítulo privilegiará as perspectivas dos gestores e consultores do MS por estar embasada nos relatos de experiência da implantação da PNH na qual estes participaram ativamente. A pesquisa revelou que os trabalhadores não compartilham da mesma concepção em alguns pontos, porém, a análise empreendida aqui não intenciona contrapor os diferentes pontos-de-vista, mas evidenciar as pretensões da PNH e sua relação com o hospital estudado, na visão dos gestores e consultores.

Em 1944 inaugurou-se um hospital geral em Belo Horizonte, inicialmente destinado à assistência dos servidores da Prefeitura dessa cidade. Com a Constituição de 1988 adveio a noção de municipalização e em 1989 o hospital integrou-se ao Sistema Único de Saúde, assumindo seus princípios e diretrizes. Em 2004 foi credenciado pelo Ministério da Educação e da Saúde como hospital de ensino e pesquisa. Atualmente esta instituição define-se como um hospital público, geral, de ensino e pesquisa, que atende urgências e emergências (Informativo Interno do Hospital).

O Hospital, por meio de estágios acadêmicos e residências multiprofissionais e médicas, abarca as diversas profissões da saúde e assume o compromisso com a formação em serviço. O estágio acadêmico se desenvolve sob a supervisão de profissionais capacitados e visa à preparação para o trabalho produtivo articulando saber teórico e prático na perspectiva do SUS. A residência multiprofissional na área da saúde é uma modalidade de ensino de pós-graduação Lato Sensu. Realiza-se pela carga horária estimada em sessenta horas semanais, em regime de dedicação

exclusiva e remunerada, sob supervisão de um preceptor. Possibilita a qualificação aos profissionais da saúde para sua inserção no mercado de trabalho, conforme pressupostos e prioridades do SUS.

Na instituição hospitalar são atendidos cerca de 420 usuários por dia no pronto socorro, sua principal porta de entrada para urgências traumatológicas ou clínicas e 350 no ambulatório, nas diversas especialidades. Está equipada com 409 leitos, sendo 100 leitos reservados à terapia intensiva (Relatório de Gestão do Hospital). Definiu-se como missão institucional uma atenção eficiente, humanizada e integral, bem como a contribuição para a formação profissional (Informativo Interno do Hospital). Seus valores são: responsabilização, gestão participativa, humanização, qualidade e segurança, conhecimento e valorização dos profissionais (Informativo Interno do Hospital).

A organização estrutural da instituição hospitalar, conforme anexo A, até 2009 se compunha em um nível máximo de autoridade por uma superintendência, que tem ao lado o Conselho Fiscal e do Conselho Local de Saúde. O nível intermediário comporta os órgãos assistentes, as assessorias e as comissões. Na sequência, a Diretoria de urgência, Diretoria de Internação, Diretoria de Apoio Técnico, Diagnóstico e Terapêutico e Diretoria Administrativa Financeira se responsabilizam pelas linhas de cuidado de atenção à criança e ao adolescente; atenção ao adulto e idoso; atenção cirúrgica e atenção à mulher.

Tais linhas guias perpassam todas as Unidades de Produção ou Unidades Funcionais que se conectam às diretorias mencionadas, a saber: Reabilitação, Ambulatório, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro Odontológico, Unidade de Emergência, Unidade de Semi-Internação, Unidade de Internação, Centro de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Neo Natis, Unidade de Ensino e Pesquisa. Hierarquicamente as UP's se organizam por meio de Gerência tipo I, II ou III, Coordenação de Apoio Gerencial, Coordenações de equipe e Coordenações de ensino (RATES, 2009). As Unidades de Produção são arranjos organizativos que visam promover a integração do trabalho em saúde, favorecendo a responsabilização e vínculos para propiciar a integralidade do cuidado por meio de equipes multidisciplinares. Campos e Rates (2009) definem Unidade de Produção como “espaço onde o processo de trabalho é construído e desenvolvido por equipes multiprofissionais, e não mais por um agrupamentos de profissionais” (p. 47).

Compõe ainda tal estrutura organizacional os colegiados de cada UP, formados pelos trabalhadores, coordenadores e gerentes, bem como o Colegiado Gestor Ampliado. Deste, são integrantes os diretores, gerentes, referências técnicas e representantes dos trabalhadores de cada Unidade de Produção (Relatório de Gestão do Hospital). Os colegiados das UPs têm a função de coordenar, negociar, definir e pactuar coletivamente as metas, objetivos, prioridades e planos do trabalho, conforme a especificidade de cada Unidade. O Colegiado Gestor Ampliado visa coordenar e acompanhar o funcionamento de todas as Unidades de Produção, tornando-os compatíveis com os objetivos, metas e perspectivas gerais do Hospital, além de ser um órgão consultivo.

A breve descrição acima revela a grande complexidade desta organização hospitalar, especialmente por abarcar também o ensino e a pesquisa. As distintas lógicas de funcionamento vigentes, os interesses diversos - por vezes divergentes -, motivações variadas, múltiplos vínculos, profissionais heterogêneos, diferentes serviços prestados (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007), entre tantos outros elementos fazem parte desse complexo cenário. Assim, a gestão de uma organização desse porte inevitavelmente esbarra em enormes desafios e dificuldades diante da busca de eficiência e qualidade, pois há que se considerar a dinâmica dos interesses envolvidos, das relações de poder estabelecidas e em disputa permanente, o que requer distintas e complexas abordagens de enfrentamento dos problemas.

Neste contexto, iniciou-se nesse hospital em 2003 uma nova gestão que assumiu o desafio de criar novos valores e novos arranjos gerenciais pautados na democratização das relações, no compartilhamento de responsabilidades e nas pactuações coletivas. Iniciou seu exercício em uma conjuntura pouco favorável às suas pretensões. Revelou-se uma infraestrutura precária, déficit financeiro, trabalhador desgastado, fragmentação dos vínculos interpessoais e das equipes, estrutura salarial desigual, baixa responsabilidade sanitária, forte corporativismo profissional, inexistência de controle social e gerentes não capacitados (Relatório de Gestão do Hospital). Uma entrevistada explicita as dificuldades.

[...] o hospital estava muito decadente, precisando de muitas reformas, em termos de tecnologia estava muito defasado. [...] muito endividado, com muitas macas no corredor. [...] tinha estrutura salarial muito complicada, que eram salários muito diferenciados. [...] uma equipe não conversava com a outra, era uma dicotomia. [...] não tinham responsabilização sobre o

paciente. [...] as gerências geriam aquelas categorias que eles eram gerentes. [...] As pessoas faziam as ações, mas não planejavam, não se viam nos resultados, não tinha essa preocupação com a gestão em si. [...] o Conselho de Saúde de lá tinha muito tempo que estava desativado (AGENTE SMS).

Estes fatores evidenciaram a pouca eficiência, baixa capacidade de resolução dos problemas e pouca abertura ao controle social que era praticado pelo modelo de gestão no equipamento de saúde anteriormente.

[...] nessa época as relações aqui eram verticalizadas, tinha um superintendente, tinham os diretores e as decisões eram de cima para baixo. [...] a gente tinha relatos de uma administração muito cheia de arestas para aparar, de pessoas despreparadas que assumiram essa gestão (GESTORA 2).

[...] certo período houve um distanciamento da gestão, dos trabalhadores (AGENTE SMS).

A insatisfação maior que tinha lá era isso, essa coisa de não ter muita voz (CONSULTORIA MS 2).

Segundo Campos (2000), as instituições de saúde apoiaram-se em formas de gestão normativas e centralizadoras seguindo a racionalidade administrativa advinda do período mercantil. O autor ressalta que mudanças na contemporaneidade são mais impermeáveis nos hospitais por seu modo de organização hierarquizado e ditador de regras, pela complexidade de procedimentos e relações subsumidas pelas corporações profissionais, bem como uma lógica de funcionamento que fragmenta a prática clínica, desfavorecendo o vínculo, a co-responsabilização tanto de gestores como de trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2009).

A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objetos de trabalho alheios (estranhos) a eles (CAMPOS, 2000, p. 23).

Em contraposição, a gestão participativa ou cogestão propõe uma mudança de paradigma, a descentralização das decisões nos diversos níveis da instituição, conseqüentemente abertura à participação e democratização de poder. Na concepção da PNH, elaborada durante a gestão do autor destes conceitos na Direção Executiva do Ministério, é defendido “um modo de administrar que inclui o

pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2009a, p. 10).

Tal mudança paradigmática era o objetivo da nova direção, composta por servidores públicos do hospital implicados com a qualificação do SUS. Este era um grupo experiente nos modos gerir mais coletivos, dialogados, negociados e participativos, o que determinou a transição do modelo de gestão e a posterior implantação da PNH.

Quando eu assumi, primeiro que por toda minha trajetória eu acreditava que era importante você ter a participação dos trabalhadores na política e também dos usuários. [...] as diretoras, de alguma forma, já tinham uma participação em outros momentos nessa construção de gestão, de uma outra forma, participativa mais trazendo o usuário, trazendo os trabalhadores mais próximo da política (AGENTE SMS).

[...] eu vinha de uma experiência de gestão participativa. [...] Então a (alta direção) veio com essa proposta: só sei trabalhar com gestão participativa, então vou implantar” (GESTORA 1).

Guizardi e Cavalcanti (2010) dedicaram-se a refletir sobre a cogestão em um artigo intitulado “O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional”. Os autores expressam que a modificação do tipo de gestão se dá antes pela criação de valores do que arranjos técnicos. No entanto, concorda-se com Campos (2006) que um não é anterior ao outro, são dinâmicos e se influenciam reciprocamente. Valores são constituídos em âmbito subjetivo impulsionando a criação de arranjos técnicos e materiais para enfrentamento das dificuldades, mas também são forjados a partir destes.

[...] qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudança das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer, simultaneamente, com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas (CAMPOS, 2006, p. 30).

Assim, a construção de bases que privilegiem e fomentem análises críticas das situações cotidianas do serviço prestado, incentivem o envolvimento com o processo de trabalho, autogestão e projeto institucional, bem como mobilizem para a participação nas tomadas de decisões viabilizam-se por meio da constituição de dispositivos concretos, materiais, políticos, operacionais, técnicos e gerenciais. O que não significa que o contrário seja verdadeiro: a implantação de tais arranjos, por si só, não garante a difusão de valores e idéias desejadas.

Vasconcelos & Morschel (2009) ao ponderarem sobre a formulação de políticas, salientam que não se pode definir que uma política é boa ou ruim em si: é importante considerar os modos como se apreende, se apropria e o que ela dispara. Nesta linha, deve-se atribuir valor a uma intenção, planejamento, projeto, ação ou intervenção somente a posteriori, mediante análise qualitativa dos resultados produzidos pela dinâmica dos acontecimentos, durante e/ou após sua concretização, ou seja, por meio de avaliação do “como” se opera. Portanto, a conjunção de múltiplos fatores deve ser considerada quando se pretende estabelecer mudanças, como é o caso da PNH.

Corroborando essa noção Campos (2006) expõe que as mudanças se operam e se efetivam em saúde à medida que há envolvimento e implicação dos sujeitos nesse processo.

[...] as coisas e as pessoas são duras às mudanças. Embora, é a história que nos confirma, mudanças ocorram. Aprendemos que a ocorrência de grandes transformações depende sempre de pelo menos dois elementos: do desejo, da vontade desesperada de alterar o *status quo*, de uma dimensão subjetiva portanto; e também do domínio de uma certa ciência, de um projeto conscientemente construído, uma vertente, inapelavelmente, vinculada ao exercício da razão (p. 30).

Cecílio (2006) no prólogo do livro “Inventando a mudança na saúde” se ocupa da discussão sobre o conceito de sujeito e afirma que o único ponto consensual entre os diversos autores que abordam a temática é que se trata mais de um problema do que uma solução, em função da multiplicidade de abordagens teóricas que não conseguiram articular e integrar as diversas perspectivas e contextos em que o conceito foi trabalhado. É inviável tratar a questão do sujeito sem explorar, com algum detalhamento, a noção de subjetividade. Assim, na tentativa de minimizar as ambiguidades e mal-entendidos que essa perspectiva comporta, o presente trabalho se ampara na noção de subjetividade desenvolvida por um conjunto de teóricos, especialmente Deleuze, Guattari e Foucault, denominados pós-estruturalistas que “baseados nas contribuições de Nietzsche, discutem, entre outros temas, novas noções de subjetividade, história, forças vitais, diferença e criação, mantendo proximidades e discordâncias com o estruturalismo francês” (FERREIRA NETO et al., 2011, p. 835). Tais autores apostam em análises imanentes que identifiquem o jogo das forças em determinado contexto, evitando avaliações dicotômicas. Essa concepção remete “a circunstâncias e nunca a essências,

desenhando uma subjetividade em movimento e continuamente produzida, formas de subjetividade múltiplas, de confins fluidos” (DOMÈNECH; TIRADO; GÓMEZ, 2001, p.121). Em outras palavras,

A subjetivação é, assim, o nome que se pode dar aos efeitos da composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tomar a si próprios como os sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles (ROSE, 2001, p. 143).

Assim sendo, a subjetividade que embasa este trabalho refere-se a um processo dinâmico, contínuo, variável, flexível e em transição que se produz, se constitui pela conjunção e conexão de vários elementos heterogêneos materiais e imateriais, concretos e abstratos, individuais e coletivos, culturais e sociais.

A geração de subjetividades não consiste na demarcação dos limites de um eu, enclausurado e interior, mas na idéia de que ele é o efeito de uma função ou operação que sempre se produz na exterioridade desse eu. O sujeito já não é uma unidade-identidade, mas envoltura, pele, fronteira: sua interioridade transborda em contato com o exterior (DOMÈNECH; TIRADO; GÓMEZ, 2001, p. 122).

Atentos à interdependência entre produção de novas subjetividades e renovação cultural no referido hospital, o grupo gestor se esforçou em construir propostas e buscar soluções conjuntas com os trabalhadores e usuários, visando à solidificação de uma nova política institucional. Deste modo, a gestão colegiada tornou-se, na concepção dos gestores, uma potente estratégia para possibilitar as mudanças pretendidas, conforme relatos.

[...] o primeiro que a gente implantou foi a questão dos colegiados (GESTORA 1).

[...] no começo a gente bateu muito forte a questão do colegiado, da formação da gestão colegiada. [...] que as pessoas sentem, pelo menos para conversar. Pelo menos foi assim que funcionou melhor (AGENTE SMS).

[...] foi muito forte esse modo de fazer, a gente construir coletivamente as coisas. Às vezes, a gestora até falava: eu quero assim, mas escapava dele porque os movimentos eram muitos, os grupos eram muitos e na hora de validar as coisas tudo era validado no colegiado gestor ampliado (CONSULTORIA MS 2).

Pode-se dizer, assim, que a gestão participativa ocorre quando há “maior incorporação possível de práticas de gestão pelo maior número de atores possível” (RIVERA, 1996, p. 366). Nesse sentido, houve bastante empenho da direção da instituição para que a proposta se efetivasse pela maioria dos trabalhadores. Na concepção de uma entrevistada, que à época atuava na linha assistencial, os primeiros impactos foram positivos.

[...] a gente sentiu essa diferença pelos campos de abertura que começaram a surgir pelas reuniões colegiadas, era uma coisa muito nova [...]. A gente não tinha campo para dizer e de repente a gente tinha campo para poder falar alguma coisa (GESTORA 2).

Entretanto, tal percepção não era unânime. Os gerentes habituados a atuar de forma verticalizada e com hierarquias bem definidas estranharam a nova proposta e ofereceram resistência a ela. Compartilharam desta postura os trabalhadores e os sindicatos.

[...] uns queriam pedir demissão, uns queriam ir embora, outros falavam que não iam dar conta de trabalhar dessa forma. (AGENTE SMS).

Os trabalhadores e os sindicatos estavam com muita resistência de fazer gestão colegiada [...]. Não, isso a gente não quer não. [...] mas eles sempre colocaram que isso também não é papel dos trabalhadores, preocupação com a gestão, que isso não era problema dos trabalhadores (AGENTE SMS).

A persistência da direção em construir espaços de decisões coletivas possibilitou maior compreensão acerca da gestão colegiada e se fez por meio do diálogo, negociação, capacitação técnica e de arranjos estratégicos com forma de consolidar a proposta, de acordo com os relatos.

[...] e a gente falou: calma! Esquece que é gestão colegiada, chama de reunião, chama do que vocês quiserem, dêem o nome que vocês quiserem, mas chama os trabalhadores para começar a discutir processo de trabalho (AGENTE SMS).

[...] não tinha ainda a Política formulada, mas tinham algumas pessoas pensantes, então nós convidamos uma pessoa do Ministério para falar um pouco de gestão participativa para gente (AGENTE SMS).

[...] como lá é um hospital de urgência nem sempre todo mundo pode reunir, então você forma o colegiado e algumas pessoas vão. Você passa a divulgar aquilo, faz quadros de aviso com o que ficou definido, um tentar passar para o outro (AGENTE SMS).

Contudo, gestão participativa - como o próprio nome revela - carece da participação para que aconteça. Assim, torna-se importante compreender melhor o conceito. Apesar de não haver consenso sobre sua definição, é comum o termo ser tomado como auto-explicativo. Não se tem a pretensão neste trabalho de empreender ampla análise sobre a questão ou mesmo explorar novas definições; interessa sim identificar sua função ou efeito. Demo (2009) ao se esforçar para delinear o conceito afirma que “participação é conquista”, denominação que batiza o livro onde discorre sobre o tema. Defende o caráter de conquista por ser processual e necessitar estar sempre se renovando, se constituindo, se inquietando. Segundo este autor, “não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa a regredir” (p.18).

Assim, para que o sujeito seja considerado participativo, não basta estar presente nos espaços, nas ações; deve desenvolver uma atitude compromissada, implicada, envolvida. E para tal, o objeto de participação deve ter um sentido construído. O trajeto participativo pode ser árduo, em algumas situações arriscado ou mesmo inibidor, por isso é importante pensar em desenvolvimento para a participação, que pode ser impulsionada por variados fatores, uma história de vida, um fato específico, uma necessidade, uma identificação, um interesse.

No caso estudado percebe-se que a resistência inicial ao modelo de gestão proposto é tanto um efeito do desconhecido, da novidade que o processo de mudança supõe, quanto do fato da proposta ter sido trazida pelo grupo diretivo e não como resultado do anseio dos trabalhadores em promover tal mudança ocasionando, desse modo, uma ausência de sentido compartilhado do projeto e conseqüente oposição em instituir um novo modelo gerencial. Não seria, assim, uma forma de impor um projeto? Demo (2009) analisa que não há planejamento ou educação, leia-se nesse caso, capacitação, mobilização e ação que não estejam embutidos a imposição em algum nível, pois a participação não se trata de uma tendência natural ou absolutamente espontânea, como explicitado acima, ela é sempre impulsionada, fomentada por algo que afeta os sujeitos.

Nesse sentido, a questão não se refere a não imposição, mas buscar sua diluição por meio de abertura à construção de espaços dialogados e nunca finalizados, constantemente flexíveis e intercambiáveis, onde as subjetividades se manifestem na produção de sentido favorecendo a desalienação (CAMPOS, 2000). Com base nisso, a participação não pode ser entendida como dádiva ofertada por

um doador em espaços delimitados, como concessão e nem como algo preexistente. Não basta aos gestores apresentar um novo modelo administrativo-gerencial e oferecer espaços para o diálogo e discussão. Deve-se encontrar meios para enfrentamento das relações de poder, da desalienação do trabalho, da promoção do protagonismo e autonomia para que espaços de participação e democratização sejam construídos concomitantemente e se torne uma conquista fruto de implicação subjetiva e política dos envolvidos, “porque o espaço de participação não cai do céu por descuido, nem é o primeiro passo” (DEMO, 2009, p. 18). É importante atentar para a condução das situações, pois sob a égide da participação e democratização de poder pode-se estar mascarando o autoritarismo e as normatizações inflexíveis que se pretende superar utilizando-se de formas mais sutis de dominação e controle, promovendo maior alienação e esvaziamento de sentido do trabalho.

Apesar das resistências iniciais a direção do hospital manteve o empenho em negociar e dialogar com os trabalhadores sobre a nova proposta. Então, o grupo diretor identificou nos pressupostos da PNH a possibilidade de acelerar a concretização do projeto de gestão e a tomou como subsídio.

[...] No [Hospital], eu acho que a Política encontrou o campo porque estávamos abertas para isso, porque a gente veio desse movimento [Reforma Sanitária] (AGENTE SMS).

O HumanizaSUS pode causar deslocamentos, incômodos e tensões. Portanto, a compreensão de que o grupo diretivo deve estar comprometido com os preceitos da PNH é primordial para que esta se expanda e atinja seu objetivo, que é promover mudanças nos modos de fazer e pensar em saúde, formar sujeitos que produzem novas práticas.

Circular a palavra, discussão, falar do que não está bom, tensionar, é isso que faz a coisa mudar. Ela é uma Política que trabalha e faz alguns deslocamentos que são complicados, às vezes, para alguns gestores estarem assumindo. Dependendo da forma como ela avança as dificuldades de parceria ficam maiores, [...] é uma Política que incomoda, ela mexe nas relações de poder. (CONSULTORIA MS 2).

A Política propõe uma intervenção geral, um tripé de ação entre os gestores, os usuários e os trabalhadores [...]. Então a Política traz essas propostas e esses dispositivos que vão realmente mexer com a estrutura do funcionamento dos sistemas de saúde (GESTORA 1).

Concorda-se com Reis, Marazina e Gallo (2004) ao afirmarem que “uma política de humanização efetiva só pode ser compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde” (p. 42). Nesse tocante, uma intervenção radical, como propõe a PNH, para ter efeito de contágio não pode se restringir a ações de grupos isolados, departamentos específicos, equipes bem intencionadas. Deve incluir planos diretores, planejamentos dos serviços, intervenções das equipes, acolhimento dos usuários. Dessa forma, força os limites setoriais para um projeto político-social ampliado (PUCCINI; CECÍLIO, 2004), corroborando relato abaixo.

[...] a política tem que ser adotada pela direção, é pelo hospital. Uma política é adotada pelo grupo diretivo (GESTORA 1).

[...] não acreditava que tivesse ações humanizadoras em um contexto isolado, não muda de uma forma radical a inserção do trabalhador no dia-a-dia dele. E para isso você tem que ter uma construção diária e uma política, tem que ser uma coisa mais radical. [...] é uma coisa do dia-a-dia que tem que ser todo dia, o tempo inteiro (AGENTE SMS).

Entende-se que não há meios da PNH atingir tal radicalidade sem o esforço de todos envolvidos no processo de mudança, mas principalmente do alto comando das instituições de saúde, pois sua conduta poderá determinar a capilarização da política, sua restrição ou mesmo sua inviabilidade.

[...] dependendo da gestão e a forma como que isso chega, o trabalhador começa a significar sobrecarga. Ao invés dele entender que era o modo que ele iria fazer seu cotidiano ficar mais prazeroso para ele e para o seu usuário [...] começa ser uma coisa a mais, mais serviço, a PNH trouxe mais serviço (CONSULTORIA MS 2).

Segundo Sá e Azevedo (2010), “o espaço dos serviços de saúde não é só um espaço material, normativo e político, mas um espaço intersíquico (p. 2351). Esse espaço partilhado pelos sujeitos e os modos de organização e arranjos dos serviços, “condicionam a capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde e de gestão” (SÁ; AZEVEDO, 2010, p. 2351). Nesse sentido, o grupo diretivo de uma instituição exerce papel fundamental no sucesso ou fracasso na implementação de uma política como o HumanizaSUS.

Por sucesso, entende-se menos a implantação de dispositivos da PNH e sim a instauração de mudanças significativas nos modos de gerir e cuidar que

conseguem avançar em direção à autonomia, ao protagonismo, às relações solidárias, às pactuações responsáveis e compromissadas, ao respeito da singularidade alheia, ao enfrentamento do corporativismo, questões significativas para o SUS. Uma entrevistada alerta sobre a PNH se restringir aos dispositivos que oferta.

[...] o risco de o dispositivo virar que não promove mudanças, mas que carimba unidades como aqui se faz humanização (CONSULTÓRIA MS 2).

Para minimizar esse risco é importante que os serviços de saúde compreendam incessantemente análises críticas sobre a PNH implantada, questionando-se: “sob que condições a humanização pode servir ao conservadorismo?” (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004, p. 40). Quais indicadores deverão ser considerados para a análise da efetividade da PNH? Como avaliar sua efetividade? Essas são questões que podem contribuir para impedir que o ideário da PNH se torne manual ou receita e seja desacreditada por não cumprir seu propósito.

Por outro lado, se os gestores se sensibilizam sobre a descentralização das decisões, as resoluções coletivas, o impacto no cotidiano dos trabalhadores, usuários e gestores, a efetividade das intervenções e avaliações propiciadas pelas ferramentas da PNH têm a capacidade de potencializar e acelerar sua implementação, qualificando, assim, os serviços prestados, diminuindo as chances de errar, além de possibilitar planejamentos mais coerentes com as reais necessidades do serviço.

[...] para gente gestor é uma benção e uma tranquilidade, primeiro que o trabalho fica mais prazeroso e mais leve. Então a partir do momento que você tem pessoas compartilhando suas chances de errar é menor (AGENTE SMS).

A política é maior do que a gente, ela nos transforma no nosso trabalho, na nossa casa, no nosso modo de fazer, no nosso modo de agir, no nosso modo de pensar, ela nos torna pessoas melhores, trabalhadores melhores. Os benefícios que ela traz para a instituição e para a vida de cada trabalhador é algo impressionante. (GESTORA 2).

[...] tem toda essa questão das pessoas se apropriarem, de vários gestores compartilharem, tem sido mais facilitado o seu trabalho e com certeza mais efetivo (AGENTE SMS).

Porque quando você começa trabalhar com a humanização vai vendo que os trabalhadores desenvolvem instrumentos além daqueles, dentro da realidade deles, dentro do que eles percebem (AGENTE SMS).

[...] a gente centralizado não consegue ter um olhar lá de perto, o que verdadeiramente acontece você não consegue perceber, então se tem muitas pessoas participando isso é muito bom (AGENTE SMS).

[...] as diretrizes da Política que ampliaram muito mais essa questão da proposta da gestão mesmo (GESTORA 1).

Pode-se dizer que a PNH, quando tomada em uma dimensão verdadeiramente transversal, tem a capacidade de por em movimento a ordem estabelecida, a cristalização dos fazeres e saberes, apesar do perigo constante de promover a manutenção do *status quo* sob nova roupagem. Como já exposto anteriormente, sua intenção é plausível, mas não é boa ou ruim em si, não garante que as coisas aconteçam conforme seu ideário. Essa definição dependerá da forma como se implanta e se mantém em cada estabelecimento de saúde.

Até o momento se expôs o caminho percorrido pela instituição hospitalar que desencadeou o interesse pela implantação da PNH. Quanto ao Ministério da Saúde, a trajetória e os interesses foram diferentes, mas ao final ambos saíram favorecidos.

A partir da formulação do HumanizaSUS, o MS passa a implantar a política nas instituições que faziam tal solicitação, mas somente após avaliação das potencialidades de inserção nos estabelecimentos, conforme relato abaixo.

[...] naquela fase mesmo de ações de difusão da Política, divulgação da Política, a gente tinha assim os serviços que chamavam e que a gente via que tinha potencial para desdobrar essa ação (CONSULTORIA MS 2).

No Exame de Qualificação da pesquisadora deste trabalho, um dos avaliadores da banca, pesquisador em saúde pública e coletiva, psicólogo e cientista político, teceu considerações sobre a formulação e implementação de políticas públicas, embasado por sua experiência acadêmica direcionadas para as políticas de saúde; ativa participação no movimento de Reforma Sanitária e influente pesquisador junto ao Ministério da Saúde. Tal experiência possibilitou a afirmação segundo a qual o movimento comum de uma política recém formulada é sua implementação nos serviços a que se destina, de tal maneira que produza resultados favoráveis à sua proposição, validando as ideias preconizadas para traçar sua solidificação. Para tanto, necessita constituir projetos de referência com vistas a monitorar e avaliar esse processo (STRALEN, 2010). Assim, busca-se por meio de boas experiências demonstrar a viabilidade de conciliação entre a proposta da política com a prática nos serviços. Essa estratégia pode constituir-se como um

artifício problemático na concretude das experiências, como será discutido mais adiante. A instituição aqui estudada reunia condições favoráveis, no entendimento do MS, à experimentação da PNH, pois a direção tinha interesse e implicação necessários para promover mudanças ambicionadas pela política.

[...] a gente queria trabalhar com a gestão participativa e a Política vinha falando da gestão participativa e aí tinham outros dispositivos [...]. E nós fizemos um contato (GESTORA 1).

E aí como eu estava começando eu fui atrás da Regina [Benevides], [...] estavam no começo e não tinham uma Política elaborada, mas que as diretrizes eram dentro do que a gente estava pensando (AGENTE SMS).

E a gente começava a discutir a convite do [Hospital], que estava no processo já com uma nova gestão e com uma decisão de mudar o modelo de gestão (CONSULTORIA MS 2).

No momento de divulgação e disseminação do HumanizaSUS outra estratégia adotada pelo da MS para a inserção da mesma nos serviços de saúde se deu por meio do “apoio institucional”. Diferente da atualidade, a PNH agora investe na formação de tutores e apoiadores dos próprios serviços como forma de manter seu potencial instituinte e expandi-lo.

O apoio institucional é tanto um método interativo renovador no “modo de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde” (BRASIL, 2008a, p. 53), extrapolando formas tradicionais de gerenciamento que burocratizam, segmentam e esvaziam o trabalho de sentido e satisfação, quanto uma postura, pois implica em favorecer experiências construtivas entre sujeitos que se relacionam, reconhecendo e valorizando os diversos conhecimentos, experiências, interesses, poderes e papéis (PASSOS, 2006).

O apoiador institucional deve se posicionar na interseção, no “entre” dos acontecimentos, abrindo possibilidades de articulações, deslocamentos, conexões e movimentações. Assim sendo, tem a capacidade de produzir com os trabalhadores novos territórios pautados pela autonomia e invenção (VASCONCELOS; MORSCHEL, 2009). Tem a função de criar espaços coletivos de análises críticas dos valores, contextos, saberes e práticas, bem como fomentar trocas e inserções; mobilizar os sujeitos para a construção de objetivos, compromissos, pactuações, contratos e projetos; qualificar as ações institucionais, possibilitando o aumento da capacidade de avaliar, analisar e intervir nos processos por meio do trabalho de

acompanhamento, coordenação, planejamento e supervisão; propiciar que os profissionais de saúde passem a atuar embasados por novos referenciais (BRASIL, 2008a). Por ser um agente externo à instituição tem muitas possibilidades de realizar intervenções interessantes, de ser um potente analisador. Entretanto, também por isso, as ações e intervenções promovidas pelo apoiador institucional, dependendo de como são conduzidas, podem ser desvitalizadas a partir de seu distanciamento da instituição. Assim, a grande capacidade do apoiador institucional deve ser a de fomentar os grupos a produzirem auto-análise e autogestão para que não fiquem na dependência deste profissional quando seu afastamento for inevitável e não acarrete, assim, a dissolução do que foi construído. A partir dessas considerações, pode-se presumir que se parte da auto-análise e autogestão para se estabelecer a co-gestão.

A auto-análise é a capacidade desenvolvida pelo próprio coletivo em expressar seus anseios, necessidades, interesses e forjar soluções para seus problemas e demandas por meio de compreensão e aquisição de conhecimentos que emergem da própria atividade coletiva (BAREMBLITT, 2002). A auto-gestão ocorre articulada e simultaneamente à auto-análise e consiste na habilidade dos coletivos de produzirem por si mecanismos de organização, mobilização, criação de artifícios para resolução de problemas e conseguirem recursos de que precisam, prescindindo de intervenções alheias a essas (BAREMBLITT, 2002).

Portanto, “não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir (BAREMBLITT, 2002, p. 17). Por outro lado, a posição externa, por ser mais permeável ao estranhamento e à inquietude, pode provocar rachaduras e rompimentos com os modos naturalizados de lidar cotidianamente, de forma a produzir movimentos. Mas, desde que em contato direto com os coletivos, integre seus instrumentos e saberes em uma relação horizontal aos já produzidos pelos mesmos (BAREMBLITT, 2002).

O apoio institucional ofertado pelo MS foi primordial para o êxito da implantação da PNH na instituição hospitalar, pois o mesmo tinha grande interesse em estabelecer uma referência de sucesso para impulsionar a propagação da recente política pública.

No [Hospital] a gente percebeu isso [potencial de difusão da PNH] e a gente apostou mesmo em apoiar bastante para ele vir a ser a referência que ele é hoje (CONSULTORIA MS 2).

[...] como a gente avançou muito na implantação o que nós tivemos de ganho também que o Hospital virou uma referência para o Ministério. Com isso, a gente ganhou notoriedade, a nível nacional mesmo [...]. Então esse apoio foi muito bom, é um apoio muito interessante que a Política conseguiu promover (GESTORA 1).

Aliado ao apoio institucional ofertado pelo MS, outro fator foi determinante para o bom resultado que o hospital apresentava. A consultora da PNH responsável por apoiar a instituição assumiu um cargo de assessoria, a convite da direção, conforme relato.

Depois, inclusive, como eu estava direto em atuação naquilo e a [direção] me convidou para ficar como assessora dela para ajudar na arrancada desse novo projeto. Então eu trabalhei lá de dois mil... foram dois anos como assessora, conjugando aí o papel de consultora (CONSULTORIA MS 2).

Com isso, o olhar estrangeiro, antes obtido na posição de consultora do MS, ficou comprometido com a nova função, já que nesse momento passou a fazer parte dos trabalhadores da própria instituição. Nesse caso, a dupla vinculação pode ter tido efeito na posterior manutenção das atividades desenvolvidas para implantação do HumanizaSUS, pois muitas delas se perderam com o tempo, como se verá no capítulo seguinte.

Apesar disso, a relação do hospital com o MS se tornou uma parceria promissora, favorecendo tanto as formulações da PNH quanto a abrangência da gestão. Assim, todos tiveram seus interesses atendidos, o serviço teve o apoio institucional do MS por meio dos consultores da PNH e o privilégio de aproveitar esta profissional como assessora da gestão para desenvolver e aprimorar suas ações, projetos e instituição de novos arranjos. Por sua vez, a Política Nacional de Humanização teve um fecundo campo de experimentação que trouxe algumas possibilidades: a captura de novos dispositivos, já que a PNH se constitui da sistematização de práticas bem sucedidas empreendidas nos serviços de saúde; o acúmulo de conhecimentos sobre a implementação concreta, a análise dos desafios, potencialidades e criação de novas estratégias de inserção.

E a Política de Humanização teve um papel fundamental, [...] alguns dispositivos que a gente foi construindo e foi também discutindo com a Política Nacional e fomos implementando também associado [...]. Então a gente sempre contou com essas assessorias (AGENTE DA SMS).

[...] a Política trouxe vários profissionais que serviram como consultores, que nos ajudaram a fazer muitas oficinas, muitos deles vieram para a organização das oficinas, discussão mesmo de como fazer isso. E pessoas que dominavam o assunto dentro da Política, então esse apoio ele foi fundamental [...]. Um dos grandes feitos foi a consultoria (GESTORA 1).

[...] com isso a gente conseguiu caminhar também junto porque a gente queria, a Política estava aí (GESTORA 1).

A partir das importantes mudanças que foram se construindo no hospital, relatado mais detalhadamente no capítulo seguinte, apoiadas intensivamente pelo MS, formulou-se novo dispositivo de disseminação da PNH: as visitas técnicas. Trata-se de excursões aos equipamentos de saúde, compreendidos pelo MS como boas práticas. O objetivo do MS era que os interessados em implantar a PNH tivessem contato direto com os dispositivos em operação, escutassem o relato das pessoas que participaram do processo, as dificuldades, os desafios e a superação, percebessem os impactos gerados, tirassem as dúvidas, avaliassem o funcionamento *in loco*, ou seja, entrassem em contato com uma experiência de sucesso do SUS.

[...] equipes do Brasil inteiro vão lá para entrar em contato com a experiência do SUS que dá certo. [...] talvez seja o serviço na história da PNH que mais recebeu visita técnica, a coordenação nacional mandou muitos grupos do Brasil. Então o [Hospital] tem uma chancela importante da política (CONSULTORIA MS 1).

Assim sendo, a visita técnica é, ainda hoje, um instrumento valioso de sensibilização e alastramento da PNH nos diversos equipamentos de saúde. Segundo Pasche e Figueiredo (2009), o referido hospital já recebeu até o ano de 2009 mais de 130 visitas de diretores de hospitais, secretários de Saúde, gerentes e trabalhadores estratégicos dos diversos hospitais e das Secretarias de todo Brasil. À medida que os visitantes vêem a operação de uma política pública, como se efetiva no cotidiano dos serviços, acredita-se que essa passa a ter a credibilidade das estimativas, pode-se avaliar e criticar a prática, analisar os indicadores, mensurar os resultados, ver as transformações, aprender com a experiência alheia.

Uma coisa que o Ministério tem usado é trazer diretores, gestores de outros hospitais do país inteiro para nos conhecer e ver a nossa experiência. E isso pelo relato dessas pessoas que vem nos visitar tem um impacto enorme [...], voltam com outro gás [...] é diferente quando você vai, vê a coisa implantada (GESTORA 1).

A gente recebe mensalmente a visita de gestores, trabalhadores de outros hospitais do Brasil, sendo o [Hospital] referência de implantação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização. [...] a gente tem dois momentos da visita, tem o momento onde a gente fala dos contratos internos de gestão, gestão colegiada, sobre os colegiados, sobre a ambiência, a classificação, todos os dispositivos e outro momento onde eles visitam as áreas. A gente é apenas orientador e eles podem perguntar aos funcionários e tudo. E a percepção que eles tem é que aqui é um hospital que as pessoas sorriem diferente, elas tratam as pessoas diferente, elas sabem o que é colegiado (GESTORA 2).

A visita técnica é uma estratégia que pretende por meio das experiências de sucesso promover a propagação do HumanizaSUS. Assim, o Hospital como centro colaborador da Política, contribui por demonstrar sua viabilidade no cotidiano e que, pela dinâmica do processo, não se pode acomodar a partir da implantação. Favorece, desta maneira, a sustentabilidade da PNH como uma política do SUS. Os relatos abaixo explicitam a experiência de implantação da qual entram em contato quem participa de uma visita técnica.

E aí como que a gente faz e implanta a Política? Conversa. Muita reunião, muita oficina, muita discussão, tem que ser assim, você tem que envolver as pessoas. [...] você vai conversando, que é o que se propõe mesmo, muito diálogo, muita conversa, se não deu agora vamos ver outro momento (GESTORA 1).

Eu acho que é a mudança da forma de ver realmente a questão é que faz a mudança [...]. E para isso você tem que ter uma construção diária e uma política, tem que ser uma coisa mais radical [...]. Então eu acho que o colegiado é um passo inicial para você começar a Política. E aí quando a gente começou a primeira coisa que a gente via era isso, a gente ia se ater da infra-estrutura, do trabalhador, de organizar o processo de trabalho (AGENTE SMS).

A estratégia de visita técnica transpõe o abstrato das utopias para a concretude das perspectivas reais e observáveis. Contudo, a visita técnica tem suas limitações devido ao tempo restrito para observação do cotidiano, por não ter construído uma relação de proximidade e confiança com quem está na prática para se interar dos reais problemas e por ser, geralmente, guiada pelos gestores ou seus representantes, já que estes que vão apresentando os visitantes aos trabalhadores. Isso ocasiona em conhecimento superficial e, por vezes, superestimação da experiência. Oferta assim, uma perspectiva parcial e rasteira do funcionamento dos

princípios, diretrizes e dispositivos da PNH nas práticas concretas, o que pode minar a implantação adequada em outros estabelecimentos.

Todos os esforços empreendidos tanto pela instituição hospitalar quanto pelo MS foram válidos para transformar a implantação da PNH neste local em uma experiência de sucesso, uma boa prática. As experiências exitosas são importantes por demonstrar na prática as saídas possíveis frente a determinado problema, evidenciando os saberes e discussões forjados por “milhares de atores diferentes que não escrevem livros e muito menos são professores ou consultores de organizações internacionais, mas são capazes de falar a partir das soluções e caminhos criados” (SPINK, 2004, p. 1). Entretanto “não pressupõe que a experiência exitosa seja o melhor caminho para se buscar conhecimento sobre o que fazer” (SPINK, 2004, p. 1), pois pode ser tomada como uma “prática melhor” e levar a “julgamentos normativos das ações que “devem” ser seguidas por estarem ‘corretas’” (SPINK, 2004, p. 3), podendo se estagnar nesse lugar. Spink (2004) propõe pensar a partir da abordagem das inovações que coloca esta questão para ser discutida com quem inventou saídas para situações problemáticas, e não para serem imitadas. A construção de noções do que seja uma prática inovadora é, portanto, “um desafio para debate e para a construção de vínculos discursivos entre pessoas e agências que estão tentando, em maneiras diferentes, mudar ou melhorar as práticas públicas” (p. 3).

Stralen (2010) aponta que uma experiência, ao se tornar exitosa ou ser identificada a partir disso, além do bônus inerente a essa definição, seja o reconhecimento, uma premiação ou outro, pesa sobre ela o ônus. No artigo intitulado “Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e as realizações práticas” está relatada esta experiência pioneira, identificada como uma das marcas da Reforma Sanitária que embasou a configuração do SUS. O autor expõe que apesar de mudanças interessantes promovidas por este projeto ocorrido no Norte de Minas Gerais, que lhe rendeu o título de experiência exitosa, o autor revela as imensas dificuldades que foram se apresentando no caminho e como os atores envolvidos se esforçaram para que o projeto não fracassasse. Demonstra, ainda, como foi árduo sustentar a posição de boa prática.

A narrativa do autor ilustra que uma prática, quando transformada em modelo, seja para validação de uma política ou outro qualquer, acarreta em

complicações e problemas para os que participam da experiência concreta, pois muitas vezes se tornam valorizadas e estimadas em demasia. A sustentação dessa posição se faz às custas do esforço e sacrifício de quem está na ponta dos serviços, os trabalhadores que, por vezes, são designados a desempenhar um papel que não sabem ao certo qual é, para que serve ou com qual finalidade.

Nesse sentido, para evitar incorrer no erro de idealizar uma boa prática e a tomar como exemplo a ser seguido, é importante considerar que uma experiência exitosa se constitui pelo sucesso e fracasso, pelos acertos e tropeços, pelas indefinições e imprevisibilidades, são saberes que se produzem no próprio fazer. Assim, uma boa prática ou experiência exitosa não colabora apenas quando exalta seus acertos e resultados de sucesso. Ganha-se muito incluindo os conhecimentos produzidos por quem põe em prática os projetos. Ganha-se podendo identificar as lacunas, as falhas e os obstáculos para a partir disso criar formas de aprimoramento das questões.

O que se aprendeu com a experiência de implantação da PNH no hospital estudado é que não há uma maneira única, nem a mais correta para seu funcionamento prático. O HumanizaSUS constitui-se como uma obra aberta e, como tal, está em constante movimento incitando a transformação.

No capítulo seguinte se verificará mais detalhadamente, conforme as possibilidades de alcance da pesquisa, que foi viável promover alterações importantes na organização gerencial, administrativa, financeira, assistencial, nos processos de trabalho, enfim, no estabelecimento de uma nova cultura institucional, apesar das dificuldades que se apresentam mesmo após passado certo tempo da implementação do processo. A PNH emergiu das experiências que foram capazes de superar desafios no SUS. Uma grande contribuição à Política Nacional de Humanização foi sistematizar tais experiências e formulá-las como dispositivos para a mudança, possibilitando a criação de estratégias de contágio. Assim, ela expõe o modo como se opera seus princípios e diretrizes, mas não intenciona determinar a forma como estes acontecerão nos diversos equipamentos de saúde. Neste sentido, a ponderação de que “cada situação concreta é normalmente e a priori um caso único que deve ser avaliado na sua peculiaridade” (SHRAMM; SHRAMM citados por CARVALHO, 1996, p. 116) é relevante. Não há receita a ser seguida, há orientações dos modos de construção que dependerá das especificidades regionais, locais, institucionais e culturais em cada serviço. Nesse sentido, ocupa-se de valorizar as

práticas reais, as vivências e os conhecimentos gerados a partir destas experimentações como ponto de partida para traçar trajetórias não idealizadas, mas possíveis, convidando a todos a fomentar os movimentos instituintes a partir dos quais o Sistema Único de Saúde se reinventa e se renova.

5 A EFETIVAÇÃO DO HUMANIZASUS EM PRÁTICAS CONCRETAS

Para alcançarmos outra identidade, não basta o discurso declatório, nem o plano bem intencionado, mas é preciso a prática coerente (Pedro Demo, 2009, p.22).

Neste capítulo não se teve a pretensão de fazer uma avaliação global do hospital estudado. Objetivou-se, realizar uma análise da PNH em operação no ambiente hospitalar, ainda que limitada, devido à falta de acesso da pesquisadora a dados e documentos, como mencionado na parte metodológica. Assim, tratará de apresentar os resultados das alterações realizadas no hospital, em linhas mais gerais e não respeitando uma ordem cronológica dos fatos. Pois as alterações propiciadas pela PNH no complexo hospitalar não ocorreram de forma homogênea ou seguiram uma sequência linear de implantação; ocorreram várias frentes de ação que se intercalavam, se entrelaçavam, ora ocorriam simultaneamente, ora paralelamente. Buscar-se-á a partir disso, identificar pontos conflitivos ou dissonantes entre a discursividade da Política Nacional de Humanização realizada na instituição e as práticas concretas empreendidas pelos trabalhadores, que é o objetivo principal deste capítulo. Contudo vale ressaltar que o hospital em questão é um importante equipamento de saúde em Belo Horizonte. Constitui-se como referência em várias especialidades e porta aberta para atendimentos de urgência e emergência na capital mineira e cidades vizinhas.

Não é a intenção deste trabalho desqualificar o serviço ou criticar pejorativamente a construção da PNH realizada no estabelecimento de saúde, mas sim evidenciar as hiatos, as brechas e as lacunas do processo como forma de contribuir para o alavancar da experiência no hospital e, secundariamente, com possibilidades de aprimoramento do HumanizaSUS. Acredita-se que não se ganha apenas apresentando resultados favoráveis ou positivos: é importante identificar as falhas e as dificuldades como forma de impulsionar novos arranjos, criações, agenciamentos e territórios, caminhando em direção à efetiva transversalidade, em todos os seus sentidos.

Nessa linha de raciocínio que se pretende empreender as análises, no espaço entre as pretensões, intenções e a realidade concreta e cotidiana.

Como já mencionado anteriormente, a implantação de uma política é complexa e requer abordagens compatíveis para tal. É importante que se tenha claro no mínimo três princípios: 1) não se mobiliza espontaneamente, carece-se de implicação e interesse dos atores que se propõe a implementá-la no intuito de promover alterações e mudanças; 2) não se efetiva de forma homogênea e linear, seja nos diferentes serviços ou mesmo nas diferentes instâncias de um mesmo equipamento de saúde: deve-se partir dos saberes e conhecimentos acumulados por quem se ocupa com a práxis diária e do reconhecimento das especificidades existentes em cada localidade para se inserir; 3) depende-se amplamente dos trabalhadores para sua funcionalidade, pois são nas ações cotidianas que se operam seus pressupostos e mutações da realidade. Assim, é fundamental envolvê-los nessa construção. Infere-se que a PNH, como descrita no documento base (BRASIL, 2008a), intenciona que sua implantação ocorra nessa perspectiva, mas não tem como garantir que assim seja, já que a determinação desse processo se viabiliza por aqueles que promovem as ações em saúde, ou seja, os sujeitos que compartilham a vida institucional. Procurou-se compreender como a PNH chega aos trabalhadores, como se apropriam de seu ideário e o que provocam nesses, entendendo que é por essa via que se atingirá o objetivo proposto.

Os termos “alteração” e “mudança” foram abordados distintamente, considerando que seus significados podem ser semelhantes, de acordo com o dicionário Aurélio, mas ganham conotações diversas dependendo do sentido que lhes são atribuídos. Assim, utilizou-se os significados que designam inquietação, deslocamentos para definição de *alteração*, indicando seu caráter perturbador da ordem estabelecida; e os de transformação, modificação, conversão como indicativos de *mudança*, indicando algo mais radical e profundo (FERREIRA, 2009). Nesse sentido, em dada situação é possível empreender alterações que podem ou não gerar mudanças, ao passo as mudanças sempre se utilizam de alterações para se estabelecerem. O sentido aqui atribuído ao termo mudança aproxima-o da concepção de dispositivo. Dispositivos são artifícios operacionais dinâmicos que instabilizam as linhas de poder estabelecidas. Segundo Baremblytt (2002) é uma combinação de elementos heterogêneos que se põe em ação concomitantemente à sua formação, encarrega-se da produção, do desejo, da inovação, da revolução, da

transformação. Assim sendo, para que algo seja considerado um dispositivo deve ser capaz de produzir novos movimentos, promover deslocamentos e instaurar transformações nos processos instituídos. Para se implantarem com esse vigor dependem do tratamento e atenção dispensadas em cada instituição. Assim, seu poder de renovação decorre do cultivo constante de suas potencialidades.

A primeira vertente relativa à implicação para se implantar a PNH fez-se por uma decisão do grupo gestor do complexo hospitalar, apoiado intensivamente pela consultoria do MS, em mudar o modelo de gestão. Tal decisão foi o disparador para incitar novos arranjos organizacionais no estabelecimento de saúde. Assim, as ações concretas desenvolvidas por meio dos dispositivos, princípios e diretrizes do HumanizaSUS conseguiram produzir relevantes alterações quanto à organização de processos de trabalho, da gestão e do espaço físico, novos manejos administrativos e financeiros. Contudo, sendo um processo dinâmico e constante, não conseguiu manter a sensibilização, a mobilização e os efeitos iniciais provocados pela implantação da PNH com a mesma vitalidade e efetividade nos tempos atuais. As alterações ocorridas encontraram dificuldades no percurso de implantação da nova organização gerencial e da PNH e, ainda hoje, persistem, diferenciadas da fase de implantação, mas não menos contundentes.

Uma das primeiras ações da nova gestão, além de introduzir a gestão colegiada, foi diagnosticar a situação financeira do hospital e analisar quais enfrentamentos seriam viáveis. Verificou-se que as internações dos pacientes eram demasiadamente prolongadas, ocasionando ocupação dos leitos, risco de infecções, gastos com alimentação, medicamentos, rouparia. A partir disso, implementou-se o Programa de Desospitalização que consistia na redução do tempo de internação através do fornecimento de medicamentos, atenção ambulatorial e domiciliar, caso necessitasse, até a estabilização do quadro e posterior referenciamento para Unidade Básica de Saúde, gerando assim, uma rotatividade de leitos e ganhos em procedimentos. À época a remuneração na saúde se dava por produção, além de aumentar a resolutividade das condutas (NOGUEIRA et al., 2009).

Também as compras das medicações passaram a ser feitas pela modalidade licitatória do pregão eletrônico, incitando a concorrência e forçando a redução dos custos. Percebeu-se, ainda, que o hospital se ocupava de fazer procedimentos mal remunerados e com grandes gastos em detrimento dos mais rentáveis, como certos tipos de cirurgias. Assim, tais cirurgias passaram a se realizar no próprio hospital,

otimizando a produção e aumentando a receita do estabelecimento (Relatório de Gestão do Hospital). Essas medidas ofereceram sustentação à implantação da PNH, conforme relato.

Hoje o sistema público não pode dissociar a gestão financeira, você não pode falar que vai fazer uma Política de Humanização, de qualificação, de eficiência, mas se o custo é elevadíssimo, isso para mim já não é eficiente (AGENTE SMS).

A PNH conta com recurso próprio, porém o subsídio para as ações ocorre por meio de formação, consultoria, capacitação, publicação de livros, periódicos, financiamento de eventos e manutenção de uma página virtual que debate sobre questões pertinentes a tal política, denominada Rede HumanizaSUS. Recursos que ofereçam estímulos financeiros para melhorias físicas, estruturais e de incentivo à implantação da PNH, devem ser captados por outros meios, seja por solicitação aos órgãos municipais, estaduais ou federais, seja por apresentação de projetos e concorrência de editais, inclusão em programas específicos, ou mesmo, diagnosticando e criando meios para equilibrar as finanças e melhorar as condições de trabalho nos estabelecimentos.

Concomitante às iniciativas para equilibrar as finanças procurou-se, através da gestão colegiada, dos debates e negociações, organizar os processos de trabalho que se encontravam fragmentados e marcados por forte corporativismo, especialmente médicos e enfermeiros (CAMPOS; RATES, 2009).

[...] sempre foi assim: a gente problematizava, trabalhava essa sensibilização em cima da diretriz e trabalha um pouco alguns modos de fazer e as pessoas construíam ali suas propostas a partir disso. (CONSULTORIA MS 2)

Dessa forma, buscou-se estabelecer o dispositivo das equipes de referência, embasada pela diretriz da clínica ampliada, com vistas a garantir o direito do usuário em ter um cuidado integral, saber quem são os responsáveis pelos mesmos e promover o vínculo e responsabilização tanto dos profissionais como dos usuários (Relatório de Gestão do Hospital). Para que as equipes de referência funcionassem foi necessário reorganizar a forma de trabalho dos profissionais, reduzindo os plantões e incorporando vinculações diárias, o que incitava novos arranjos, como organização da assistência por linhas de cuidados em Unidades de Produção. Equipe de referência constitui-se pela composição diversificada de profissionais de

várias áreas, “organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe)” (BRASIL, 2008a, p. 60). Entretanto os relatos abaixo evidenciam a discrepância entre concepções do funcionamento das equipes pelos profissionais de nível superior e nível médio. Os técnicos de nível superior expressam satisfação com a interação multiprofissional e o resultado desta. Os técnicos de nível médio percebem uma segmentação de procedimentos e uma hierarquia fortemente demarcada.

A equipe é boa, as pessoas trocam experiências, tiram dúvidas, ensinam e aprendem, se responsabilizam pelos casos (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Bom, é uma equipe que tem médico, enfermeiro, técnico, psicóloga, fisio e outros, o paciente é comum a todos, a gente tem liberdade para conversar sobre o caso, a evolução, o prognóstico, essas coisas (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Tem um querendo mandar mais que o outro (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Sinto falta de suporte, a gente trabalha junto, mas não acho que seja equipe mesmo. Acho que equipe é para se ajudar, se apoiar, se cada um faz o seu, não sei, não (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Figueiredo (2005) aborda o trabalho em equipe no campo da saúde e defende que “a formação das equipes não se dá de modo automático; é preciso construir esse trabalho”, pois “as equipes de trabalho passam a ser, cada vez mais, o suporte das ações clínicas inovadoras que pretendem ir além do modelo de consultas” (FIGUEIREDO, 2005, p. 44). Contudo, a formação dessas equipes, por si só, não garantem mudanças nos modos de se relacionar (PEDUZZI, 2001). O agrupamento de diversos profissionais em um mesmo ambiente de trabalho ou que se relacionam por situação ou responsabilidade partilhada, não os transformam em uma equipe. Geralmente, mantêm-se relações verticalizadas onde cada profissional tem seu papel definido em uma escala decrescente, como exemplo: gestores, supervisores, coordenadores, técnicos. Ou seja, um saber ou poder se sobrepõe ao outro e, não necessariamente, oferece abertura de comunicação, muito menos propicia a produção de sujeitos autônomos. O enfrentamento dessa situação deve pautar-se na promoção constante da auto-análise e autogestão pelos coletivos.

Outras alterações que compuseram o novo arranjo organizacional no hospital referem-se à implantação do plano de cargos e salários, antes inexistente, bem como a reativação do Conselho Local de Saúde, legitimando o controle social preconizado como uma diretriz do SUS.

[...] Aí a gente teve que fazer muita negociação para implementar o plano de cargos e salários e eles diziam que a gente não ia conseguir, nunca ninguém conseguiu[...]. Aí a gente precisou de muita negociação com o sindicato, disponibilizamos computadores para as pessoas simularem seus salários, então a gente simulava com eles, fazia um a um para eles tirarem dúvida até que conseguimos implementar o plano de cargos e salários (AGENTE SMS).

A gente discutiu com os conselhos de todos os distritos, discutimos com o sindicato, fizemos uma grande assembléia, votamos as propostas de ação e reativamos o Conselho que hoje funciona dentro de uma rotina já formalizada, já no cotidiano do Conselho e aí ativou (AGENTE SMS).

Muito efetivo o Conselho, ele tem uma interferência importante na gestão do hospital, a comunidade também (GESTORA 2).

Foram implantados no hospital, os seguintes dispositivos: Colegiado Gestor; Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Ouvidoria, Contrato de Gestão; Visita aberta e Direito à acompanhante; Projetos de Ambiência; Acolhimento com classificação de riscos; Projeto Terapêutico Singular. Não se discutirá aqui todos os dispositivos pela impossibilidade de compreender seu funcionamento prático pelas observações empreendidas.

Os colegiados gestores são espaços protegidos de participação e debate para tomada de decisões coletivas, pautados pela diretriz da cogestão. O documento base da PNH expressa que os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação (BRASIL, 2008a). A prática revela que essa afirmação carrega certo grau de idealização. Apenas o estabelecimento desse espaço não oferece garantias de que a democratização do poder ocorra, nem que os trabalhadores participem das tomadas de decisões, como exemplificados nos relatos abaixo.

Eu sinto que as pessoas vêem o colegiado como uma obrigação, vejo aquelas carinhas desanimadas, queriam estar em outro lugar, menos ali (SERVIDOR DO HOSPITAL).

[...] participo quando dá, no colegiado pouca coisa se resolve, é uma enganação (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Tem que participar, a gente é cobrado por isso, mas sinceramente, é uma embromação, muito lero lero (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

[...] o colegiado é mais assuntos burocráticos, algo que você acha que está errado e precisa melhorar. Mas olha, dá uma canseira, tem que discutir muito, a coisa não anda na velocidade que precisa (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

O problema que quando você participa do colegiado, como representante dos trabalhadores, as pessoas mudam a forma de te tratar, passam a falar pelas costas, dizer que há proteção, vira o bode expiatório (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

[...] a gente sensibiliza para o colegiado, a gente chama para o colegiado, a gente puxa pelo braço para ir para o colegiado [...]. A gente tem reuniões colegiadas ainda muito tímidas, não por presença, mas por efetividade. Eles são tímidos ainda na hora de dizer, de falar as coisas, eles tem a impressão de penalidades posteriores, eles ainda tem medo de dizer aquilo que pode ser mudado no processo de trabalho, que interfere no processo de trabalho dele com medo de represália mesmo, mas é um processo (GESTORA 2).

A descentralização do poder em espaços pretensamente democráticos pode estar a serviço do controle velado e da dominação. Carapinheiro citado por Cecílio (2004) elencou três modos de dominação para analisar o tipo de dominação exercida pelos médicos: subordinação, limitação ou exclusão. Aproveitou-se disso para outra finalidade, a de expor como esses tipos de dominações acontecem ou podem acontecer nos colegiados gestores. A subordinação de um saber sobre outro no colegiado se revela quando as propostas são descredenciadas ou desconsideradas; a dominação por limitação ocorre quando há diminuição ou restrição dos domínios de ação de um sujeito ou coletivo, nos colegiados pode aparecer sob forma de boicote a uma determinada proposta ou quando as decisões não são mantidas ou não são legitimadas; por último, a dominação pela exclusão se apresenta quando não favorece a circulação a palavra, quando promove o silenciamento dos sujeitos ou quando as demandas e necessidades dos trabalhadores nunca se realizam. Assim, entende-se que o controle se exerce por meio da dominação e se o órgão colegiado tornar-se mais consultivo do que deliberativo, só reafirma essa relação, além de produzir nos integrantes um sentimento de não serem representados nesse espaço (CECÍLIO, 2004).

O dispositivo do acolhimento com classificação de risco propõe mudar a lógica do atendimento, afirmando a equidade ao priorizar a atenção a quem mais necessitar. Um profissional de saúde, geralmente enfermeiro, deve escutar as demandas, atentar para as reais necessidades e definir os casos prioritários

direcionando-os conforme os fluxos de encaminhamento (BRASIL, 2008a). Na prática concreta, os trabalhadores revelam que encontram dificuldades para fazer valer o dispositivo por diversos motivos, seja pelo atendimento rápido, seja por um despreparo para a escuta mais sensível, seja pela pressão exercida pelos outros profissionais que não compreendem a responsabilidade da função.

Aqui não tem espaço para ouvir, tem que ser rápido para cumprir meta, não tem como ter humanização desse jeito (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Tive que fazer um curso e passar na prova [protocolo de Manchester]. A classificação para a humanização não tive, o protocolo não prega humanização, prega objetividade, tem que atender em até 3 minutos, então: o que te trouxe aqui hoje? (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

O acolhimento que tem aqui é mais a tradução das queixas e o trabalho pedagógico, porque você vê o hospital lotado e não dá para ficar escutando muito, há muita pressão para o atendimento rápido, os protocolos são auditados, temos metas (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Faço o possível para acolher o usuário, mas o serviço de urgência impõe limitação para isso, é complicado (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Principalmente os médicos não entendem porque classificamos as pessoas e encaminhamos ao atendimento, trabalhamos sob muita pressão (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Essas dificuldades evidenciam que a prática distancia-se da teoria. Exige-se que os trabalhadores consigam cumprir metas de produção que limitam o tempo para atendimento e, conseqüentemente, minam a diretriz do acolhimento ao restringi-la a interação superficial que pode funcionar como uma triagem apenas. Seu funcionamento, no sentido contrário, o de escutar as necessidades dos usuários e atender resolutivamente e com responsabilização, fica na dependência de uma ética particular, já que não se tem suporte adequado para empreender mudanças das relações entre usuários e profissionais, que é o que intenciona a PNH. Nesse sentido, esse dispositivo em ação operou alterações importantes nos processos de trabalho e assistenciais, mas não conseguiu transformar profundamente as relações entre usuários e profissionais.

A Visita Aberta e Direito à Acompanhante é um dispositivo alicerçado pela diretriz da Defesa dos Direitos do Usuário. Esse dispositivo amplia o acesso aos visitantes do usuários internados, favorecendo a manutenção dos laços afetivos e sociais do paciente (BRASIL, 2008f).

[...] acho bom para o paciente ter alguém da família por perto, um hospital é muito impessoal, por mais que a gente tente amenizar essa situação. Eu não me incomodo com a presença da família (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Faz diferença para o tratamento quando a família se envolve, é interessante que ela esteja participativa no processo de cura, dando apoio ao paciente. Alguns colegas se incomodam, hoje menos do que antes, mas até hoje encontro quem queira o horário de visitas mais restrito (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

O que acho ruim é só quando a família fica querendo se intrometer no meu trabalho, dar muito palpite, quando ficam quietos no canto deles não ligo (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Se ficassem por conta do interno que é seu familiar estava bom, mas ficam sassaricando em todas as macas, bisbilhotando a doença dos outros (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

A operação desse dispositivo é um potente analisador das práticas profissionais. A inclusão de outros sujeitos nos processos de tratamento e cuidado, no caso o visitante ou o familiar, força a abertura comunicacional e de trocas (PASCHE; FIGUEIREDO, 2009), determinando, em algum nível, deslocamentos dos lugares cristalizados, das posições inflexíveis. Mas não necessariamente garantiram mudança nas relações entre trabalhadores e usuários.

A Ambiência trata-se de adequação dos espaços físicos, compreendidos “como espaço social, profissional e de interações intersubjetivas”. Deve “proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2008c, p. 5). O projeto de ambiência no hospital extrapolou o espaço físico, que é bem sinalizado, amplo, com certo conforto. Houve um cuidado com as cores, som, iluminação, arte.

Uma das estratégias do hospital para implantar esses dispositivos se fez pela divulgação, sensibilização e mobilização nas rodas, oficinas e gestão colegiada, como relatam em concordância as entrevistadas.

A gente fazia muita roda, mas como lá é um hospital de urgência não podíamos fazer grandes e demoradas, tinha que ser reuniões mais rápidas [...]. Algumas vezes fazíamos reuniões noturnas, então usávamos várias estratégias. [...] tinham as oficinas maiores com muitos trabalhadores, tinha reuniões pequenas, relâmpago e assim a gente foi difundindo todos os dispositivos [...]. Então a Política chega através das rodas (AGENTE SMS).

[...] a gente fazia as discussões, estamos pensando nisso o que vocês acham, aí eles levavam para suas unidades, faziam a discussão, levantava os problemas, os contras [...]. E essas discussões eram feitas e a busca de soluções foram em grandes oficinas (GESTORA 1).

[...] trabalha muito com o método da roda, a roda como uma forma de fato de garantir a viabilização dos espaços coletivos e como dispositivo. Então eu não sei te precisar quantas rodas fizemos, quantas oficinas fizemos com os trabalhadores, participando e construindo junto as propostas (CONSULTORIA MS 2).

[...] fizemos inúmeras oficinas de humanização com eles. Para dizer para eles que humanização não é chamar a mamãe de mamãezinha nem a vovó de vovozinha, eram as relações de trabalho, o acolhimento, a gestão participativa, o empoderamento de cada Ser e tudo. Então a gente fez várias oficinas multiprofissionais, incluindo os menininhos da higienização, o porteiro, o vigilante, os médicos, os secretários, os técnicos, os enfermeiros (GESTORA 2).

O Método da Roda foi criado pelo então professor da Unicamp, Gastão Wagner Souza Campos, baseado nas rodas realizadas nas escolas e nas rodas de samba, apostando na potencialidade desse formato em facilitar a circulação dos saberes (CAMPOS, 2000). Esse se constitui um dos pilares da PNH; muitas ações propostas pela mesma utilizam-se do método para se viabilizarem.

À época de implantação da PNH, segundo relatos de diferentes sujeitos da pesquisa, especialmente os que ocupam cargos de gestão, houve adesão maciça dos trabalhadores nas discussões em rodas e oficinas promovidas pelo apoiador institucional ou gestores do hospital. Porém, essa adesão não se deu somente pelo aumento da comunicação ou do impacto gerado pelo compartilhamento de saberes e fazeres ou, ainda, pela capacidade metodológica da roda em incitar desejos de posicionamentos outros ou novas práticas, como defendem gestoras e consultoria entrevistadas.

Houve um elemento estimulador à participação, que foram os incentivos oferecidos aos trabalhadores para presença nesses eventos, a saber: a concessão de hora extra para os que participavam fora de seu horário de trabalho, ou a gratificação em folgas ou abonos quando coincidiam com seu turno laboral (Anotações em Diário de Campo).

Não dá para chamar as pessoas a participarem das coisas da forma como funcionamos, temos poucos recursos humanos para atender uma grande demanda e sempre estamos às voltas com o absenteísmo, tentando tapar os buracos daqui e dali para que o usuário não sofra as consequências. Antes, a gente podia contar com o incentivo da folga, da hora extra, agora não tem mais (Servidor do Hospital).

Apenas uma entrevistada confirmou esta versão e justificou os motivos da inexistência dos mesmos na atualidade.

Na época em que o Ministério estava implantando foi na gestão do Pimentel e o Helvécio, secretário de saúde, aonde eles eram mais abertos para esse tipo de investimento [pagamento de hora extra para capacitação profissional]. [...] e quando houve a transição de governo a gente teve muito corte de verbas, hoje a gente tem um limite máximo de hora extra do tipo que a gente fazia com agora só pode fazer quinze. [...] teve um impacto importante para a instituição essa questão da hora extra (GESTORA 2)

Então ainda é para nós um desafio, uma estratégia para avançar nas capacitações. [...] a gente tem a dificuldade de tirar esses funcionários e ele não vem fora do horário, se não tiver um benefício. [...] Mas assim, a nossa gestão eles são absolutamente incomodados com essas capacitações e é pauta de estudos mesmo, eles vão fazer estudos de que forma a gente vai continuar investindo no nosso funcionário, no nosso gestor sem onerações para o nosso município (GESTORA 2).

Alguns trabalhadores apresentaram novas e divergentes versões quanto à forma que as oficinas e rodas aconteciam, de acordo com suas percepções. Um sentiu-se pressionado a participar, provavelmente por um nível hierárquico acima do seu, enquanto outro afirmou que não esteve envolvido pelas atividades sob nenhum aspecto, talvez por ter colegas que descredenciavam os conteúdos das mesmas. Um terceiro sujeito apontou que participou por uma questão de implicação pessoal, já que seu vínculo empregatício é *contrato administrativo*, que não goza dos mesmos direitos dos profissionais efetivados pelo concurso público. Outro avaliou positivamente alguns aspectos, mas ao passo que não via possibilidade de outros se concretizarem. Apenas o último trabalhador expressou satisfação com o conteúdo e formatação dos encontros promovidos pela gestão.

Ah, aconteceram mesmo, teve muita pressão para que a gente participasse de oficinas, de reuniões, mas o trabalho não pára, quem fica aqui se todo mundo sai? Eu não participei de nada (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Olha, sei que teve algumas, mas não chegou nenhum convite para mim. Conheci pessoas que participaram, mas já saíram daqui e parece que era só blá, blá, blá (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Eu participei de muitas oficinas, mas assim, é porque eu interessei mesmo, eu que busquei saber quando ia acontecer e tudo mais e dava meu jeito. Sabe, sou contratada há muitos anos e contratado não tem regalia como os outros, toda capacitação é oferecida para quem é efetivo, mas sempre conseguia participar porque eu achava importante (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Participei sim, algumas eram bem legais, outras a gente sabia que não ia dar em nada. Tem coisa que só funciona no papel, mas vai fazer aquilo no dia-a-dia para ver se dá certo (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

As oficinas foram bem proveitosas, muita coisa interessante, muita novidade. Isso dava um fôlego para gente, pensar que a gente podia fazer diferente, melhorar (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Assim, a partir dos relatos, pode-se pensar que as oficinas e rodas, ao contrário do que pensam os gestores, não se constituíram espaços tão privilegiados para inserção da PNH. A inclusão dos sujeitos, por meio da participação e comunicação, não se faz sem o adequado enfrentando das relações de poder, dominação e exploração que alienam e impossibilitam análises mais críticas e o protagonismo (BRASIL, 2008a).

A análise de Cecílio (2004) sobre o processo de gestão em um hospital público e o protagonismo dos trabalhadores auxilia na compreensão dessa situação.

O cotidiano do hospital encontra-se atravessado por regras formais e informais que, todo o tempo, influenciam e modificam o projeto de gestão da atual administração. Os novos dispositivos não conseguem ser implementados plenamente no dia-a-dia do hospital, pois a lógica da direção estabelece-se como apenas uma das lógicas que irão influenciar na definição das ações realizadas pelas profissionais de saúde (p. 49).

Nesse sentido, a perspectiva da gestão destoa bastante da perspectiva dos trabalhadores, o que permite inferir que o princípio da transversalidade não está bem desenvolvido. O aumento comunicacional, propiciado pelos espaços de participação, não veio acompanhado do aumento da qualidade, impossibilitando a interseção entre a verticalidade e a horizontalidade das hierarquias (GUATTARI, 1987) de modo a integrar as perspectivas e promover o atravessamento da proposta da PNH.

As distintas posições hierárquicas (gestores, consultoria, trabalhadores) têm uma compreensão parcial e heterogênea sobre a eficácia e os efeitos dessa política. Acredita-se que as divergências ocorram tanto pela distinção das capacitações ofertadas aos servidores do hospital, variando conforme sua ocupação hierárquica na instituição, quanto pela pouca consistência no desenvolvimento da auto-análise e auto-gestão pelos trabalhadores, o que dificulta posicionamentos mais críticos e transformadores, mantendo-se ao nível das alterações organizacionais.

Quando se iniciaram os debates para introdução da gestão participativa como novo modelo de gestão, providenciou-se um curso ministrado por Gastão Wagner de Sousa Campos. Esse curso teve duração de abril/2005 a setembro/2006, com encontros mensais de oito horas cada e programa de curso dividido em módulos teóricos e práticos. O objetivo era tanto formar apoiadores em gestão hospitalar com

capacidade para coordenar, planejar, supervisionar e avaliar as questões em saúde, quanto apoiar os participantes do curso a elaborarem e implantarem mudanças no modelo de atenção e gestão no hospital (Relatório de Gestão do Hospital). Após a finalização deste curso, manteve-se a agenda de capacitações mensais para os gerentes, coordenadores e supervisores, contando com outros convidados, consultores do MS e professores universitários. Assim, houve uma continuidade nos aprofundamentos teóricos sobre questões importantes para a PNH e para o SUS como: acolhimento, vínculo, responsabilização, ampliação da clínica, entre outros (Documento Interno do Hospital).

Ao focar o grupo gerencial e capacitando-o teórica e praticamente, acreditou-se que as propostas da PNH podiam ser potencializadas e disseminadas a todos os profissionais em atuação direta com o usuário, com a assistência, com a rotina de seu de trabalho pela transmissão de conhecimentos adquiridos pelas suas chefias.

O gerente tem um papel fundamental, se ele está sensível, ele implementa na unidade dele, se ele não está sensibilizado, muito difícil ele conseguir implementar. Então eu acho que tem um papel com os gerentes que a gente tem que fazer muito forte para trazer os trabalhadores. E esse formato para você fazer o vínculo com a instituição é o ideal porque isso mais pessoas se apropriam daquela política e elas conseguem difundir (AGENTE SMS).

[...] nós temos gerentes coordenadores muito heterogêneos, aqueles que são absolutamente inseridos na clínica ampliada e aqueles que ainda não conhecem o projeto terapêutico singular foram fazer oficinas mensais durante todo ano que se passou, focado no desenvolvimento dos dispositivos de uma forma uniforme para todos porque não adianta desenvolver os funcionários se os gestores não conhecem aquilo que o funcionário está trazendo, que ele está cobrando. Então a gente identificou que trabalhando os gestores e coordenadores primeiramente a gente teria um resultado melhor com o técnico. Porque a gente nivelou os gerentes e coordenadores na mesma metodologia, nos mesmos dispositivos para que eles fossem capazes de fazer isso chegar na ponta. [...] mesmo que aquele técnico não tenha vindo para sala de aula e ter recebido uma informação que tenha recebido o gestor, isso está funcionando na prática porque o gestor vai chamá-lo a responsabilidade de fazer parte da mudança (GESTORA 2).

Os trabalhadores também têm acesso às capacitações, porém, os conteúdos das mesmas são muito diferentes. A maioria consiste em instrumentalizações técnicas, variando conforme a especificidade do trabalho, da unidade de lotação ou da formação profissional. Questões acerca da PNH são muito incipientes (Documento Interno do Hospital).

O técnico não precisa ir para a sala de aula para saber o que é uma clínica ampliada, ele precisa saber o que é o espaço dele dentro daquela discussão e isso está acontecendo (GESTORA 2).

Foucault (2006) aponta que não há um nexos causal entre a relação saber e poder. Um não causa o outro, mas há um entrelaçamento entre eles, estão imbricados. Assim, havendo concentração de saber, há na mesma medida concentração de poder. Campos (2000) afirma que comando e controle pressupõem concentração de poder (p. 23). O mesmo autor expressa que a administração científica moderna desenvolveu técnicas de controle que mascaram o autoritarismo sobre o discurso de parceria, integração, flexibilização. Nesse sentido, pode-se pensar sobre a detenção de certos saberes pelos gestores do hospital. Não seria essa concentração de saber uma forma sutil de controle sobre os trabalhadores mascarando, assim, a concentração de poder? É possível desenvolver relações democráticas, autônomas e protagonistas, restringindo o conhecimento acerca do que se pretende operar, no caso o HumanizaSUS?

A implantação de uma política como a PNH depende amplamente dos trabalhadores para sua funcionalidade. São eles que, em última instância, a colocam em ação, em prática. Não havendo uma compreensão adequada dos princípios e diretrizes que regem a PNH, os dispositivos, que são os operadores destes, ficam restritos ao arranjo técnico e não transformam a realidade, mas mantém a lógica vigente revestida com uma roupagem mais glamourosa.

A distinção expressiva das instrumentalizações ofertadas aos gestores e trabalhadores caminha na contramão das pretensões da PNH. A compartimentação dos conhecimentos promove a dicotomização entre quem pensa e quem executa, promovendo a alienação e desfavorece o desenvolvimento da autonomia e protagonismo, um dos princípios dessa política. “A alienação real dos trabalhadores é, portanto, a separação, concreta e cotidiana, dos produtores da gestão, dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho” (CAMPOS, 2000, p. 27). Fica evidente a consequência de se ofertar o embasamento teórico a alguns profissionais privilegiados quando se compara às concepções que cada um tem acerca da PNH e seu funcionamento no hospital.

Durante a trajetória de pesquisa no hospital, procurou-se apresentar e discutir os resultados com os sujeitos que se envolveram nessa investigação, conforme exposto na estratégia metodológica da observação. Os trabalhadores, em sua

maioria, acreditam na influência dessa política na rotina de trabalho, contudo, salvo algumas exceções, demonstraram compreensão ora utópica, ora equivocada, ora insuficiente de seus pressupostos. Isto é um indicativo de que a PNH não está consolidada o suficiente. Já os gestores e coordenadores demonstraram consistente compreensão teórica do HumanizaSUS. Provavelmente viabilizada pela maior capacitação concedida a esses sujeitos. Acredita-se que esse investimento permitiu uma postura crítica diante da situação dessa política no ambiente hospitalar, além de apontar outras possibilidades de análise e indicar novas vias de investigação. A alienação a que são submetidos os trabalhadores os incapacita, muitas vezes, para perceberem a PNH operando ou não. Os afetam insuficientemente a ponto de não se tornarem protagonistas de mudanças porque não se alterou profundamente a lógica de reprodução e dominação. Como resultado, tem-se a descrença da efetividade da atuação da Política e seu descredenciamento, dificultando o investimento necessário para sua consolidação. Os relatos abaixo evidenciam a percepção de grande parte dos trabalhadores sobre a PNH em funcionamento no hospital.

A humanização deveria ser abordada desde a infância, é a educação. Os colegas chegam e não falam um bom dia (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Humanização tem que ser como respirar, não tem como ensinar ser humanizado, a pessoa já tem essa tendência (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

Este é um hospital político, cheio de cargos indicados, então tem que manter as aparências, falar que tudo funciona, no papel tudo é perfeito, mas no dia-a-dia muita coisa não acontece (TÉCNICO DE SAÚDE NÍVEL MÉDIO).

É uma propaganda enganosa, quando o povo vai embora [visitas técnicas], as máscaras caem (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

A compreensão de muitos trabalhadores sobre a ineficiência da PNH atribui-se, segundo os gestores, à perda da maioria dos trabalhadores que estavam envolvidos com a implantação do HumanizaSUS a partir do ano de 2003. Esses se vinculavam, há muitos anos, à instituição por contratos administrativos.

[...] a gente tinha dois vínculos: o vínculo celetista daqueles que entraram há mil séculos e o vínculo do contrato administrativo. Então foram estes funcionários que foram muito bem trabalhados, muito bem preparados, eram contratos administrativos e foi um problema porque por todos esses

anos quem segurou o [hospital] foram os contratos administrativos que eram as pessoas antigas, não eram pessoas jovens, que tinham dez anos, doze anos no [hospital], que tinham um histórico, que tinham um vínculo afetivo. Então esses acabaram se desligando (GESTORA 2).

Com a realização de concursos públicos efetuados a partir do ano de 2006 e nos anos seguintes, houve a substituição maciça de profissionais contratados por servidores efetivos. O quadro de funcionários do hospital até 2008 era de 2.189 profissionais, distribuídos entre médicos, dentistas, técnico superior de saúde, técnico de serviço de saúde, agente de serviço de saúde, agentes, auxiliares de administração, telefonistas, motoristas, oficiais de serviço e terceirizados (Relatório de Gestão do Hospital). Somente no concurso do ano de 2006, contabilizou-se 919 vagas disponíveis conforme edital 001/2006 (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2006), por exigência do Ministério Público em criar cargos públicos efetivos em substituição aos contratos administrativos.

[...] o Ministério Público obrigou que fizesse o concurso e houve uma troca. Eu não sei exatamente o número, mas assim, houve uma troca de mais de sessenta por cento, de sessenta a setenta por cento do quadro inteiro de profissionais do hospital [...] (GESTORA 2).

Nós tivemos o concurso público aqui dos trabalhadores, então tivemos uma rotatividade muito alta, a maioria dos trabalhadores que participaram das oficinas de discussão, de implantação não estão aqui mais (GESTORA 1).

[...] acho que é uma questão hoje para o [hospital], porque eles fizeram concurso e muitos novatos não passaram por aquele processo de construção coletiva, já pegaram a coisa andando (CONSULTORIA MS 2).

Este concurso tornou-se um marco para a instituição, pois através dele foram dispensados muitos contratados que participaram do processo de implantação da PNH, o que incidiu em impactos relevantes para a rotina hospitalar. Uma gestora expôs que grande parte da construção inicial para a implantação da política se perdeu e desvitalizou a PNH de sua potência.

A partir das auditorias a gente identificou que muito do que a gente implantou se perdeu, muito do que a gente trabalhou com eles nas oficinas se perdeu. E se perdeu porque se perderam os funcionários, a manutenção se perdeu, porque se implantar uma cultura é igual uma planta que você planta, rega e ela cresce. Tem que fazer manutenções, tem que fazer as oficinas, tem que fazer troca de experiência, você tem que manter aquilo vivo dentro do funcionário e essa manutenção a gente não conseguiu fazer porque a gente trocou muito os funcionários do período que a gente implantou até agora (GESTORA 2).

Baseando-se nesses fatos, os gestores justificam a compreensão incipiente da Política expostas pelos servidores públicos, como contado no exemplo abaixo.

Então entrava João e saía Maria que tinha vinte anos que estava aqui e aí esse João que entrava, junto com ele entrava mais trinta, quarenta, cinquenta. Não entrava um por um, entrava as levas. Foi um momento muito difícil que o hospital passou [...]. Era como se estivesse explodido uma bomba e tivemos que começar do zero. Os técnicos que vieram eram técnicos que não tinham nenhuma experiência, nunca tinham entrado em um hospital, tinham saído da formação básica e tinham passado no concurso, não sabiam o que era humanização. [...] a gente tinha que escolher como prioridade as ações que a gente ia trabalhar e, naquele momento, a gente escolheu as técnicas assistenciais que eram as mais críticas (GESTORA 2).

Entretanto, mesmo muitos funcionários que estavam ativos no hospital nessa época, variando de seis a dezessete anos no serviço, demonstraram similar apreensão dos preceitos e efeitos da PNH: baixa efetividade dos dispositivos e diretrizes, o conhecimento incipiente desses ou a compreensão equivocada de que a política centra-se na qualidade da assistência voltada apenas para o usuário.

Não sei falar muito disso [dispositivo ou diretriz] para você, pergunta para a [supervisora de unidade], que ela te responderá melhor (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

Clínica ampliada, como assim? (TÉCNICO DE SAÚDE NIVEL MÉDIO).

Falam muito que tem humanização, mas não vejo isso, é claro que tem alguma coisa, mas acho que é pouco, não resolve muito (TÉCNICO DE SAÚDE NIVEL MÉDIO).

[...] é o usuário ser bem atendido, com respeito, com dignidade, encontrar o hospital em condição de atender, ter equipamentos, medicamentos, isso que é humanização (TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE).

[...] tem muita coisa de humanização aqui, o usuário é bem atendido, tem assistência de qualidade, o familiar pode acompanhar, isso é bom, tem bons médicos que cuidam da saúde deles (TÉCNICO DE SAÚDE NIVEL MÉDIO).

Que humanização é essa, só para o usuário? O funcionário também precisa de humanização (TÉCNICO DE SAÚDE NIVEL MÉDIO).

Originalmente a PNH não se restringe à qualificação da assistência centrada no usuário, tem como cerne da proposta a melhoria das condições de trabalho, a organização do processo de trabalho e a necessária valorização do trabalhador (BRASIL, 2008a). Porém, só se pode afirmar que o HumanizaSUS funciona se as

ações conduzidas em seu nome estiverem influenciadas por seus princípios norteadores. Não há possibilidade de se obter uma melhor qualidade da assistência se não houver construída uma adequada gestão do trabalho em saúde. Que a reboque não se faz sem o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários). Somente assim, pode-se promover a transversalidade da PNH. Os três princípios desta política atuam em conjunto, assim como na explicação de Baremlitt (2002) sobre instituído e instituinte, organizante e organizado, “cada um deles atua no outro, pelo outro, para o outro, desde o outro” (p. 33), há um entrelaçamento dos princípios que não se operam separadamente, apenas didaticamente são distinguidos. Nesse sentido, não se pode falar que a transversalidade, em seus diferentes sentidos, acontece se não há autonomia e implicação política dos atores envolvidos, na falta desta a indissociabilidade entre clínica e política, atenção e gestão também não são possíveis (BRASIL, 2008a). Esses princípios agindo conjuntamente devem se atualizar no método, diretrizes e dispositivos da PNH para afirmar que a humanização, no sentido que a política preconiza, está se efetivando. Obviamente, como processo dinâmico, flexível e mutável dificilmente irá se atingir a completude dos seus pressupostos, que se constituem como uma utopia. Mas, se os dispositivos em ação, que embasam as práticas e os arranjos, não se deixam permeiar por tais princípios haverá alterações e algum impacto, no entanto, ficarão em nível superficial, sem modificar radicalmente os sujeitos e as práticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações não necessariamente finais a que se refere este capítulo devem ser compreendidas como mutantes. Sim, considerações finais inconclusas porque o objeto desta pesquisa, o processo de implantação da PNH em um hospital geral, continua dinâmico, mutante, diverso, cambiante. Porém, é preciso direcionar a alguma conclusão, apontamentos que indicam os resultados obtidos e análises sintetizadas, ainda que provisórios, incompletos.

O campo da saúde tem enfrentado muitos problemas em relação à sua organização, estruturação, financiamento e modelos assistenciais que a instituição de uma base jurídico-legal não foi suficiente para aplacar ou resolver. O HumanizaSUS emerge, a partir de 2003 quando assume a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde um importante intelectual engajado no movimento de Reforma Sanitária, como aposta para organizar os serviços de saúde, mudar as práticas e fazer avançar o Sistema Único de Saúde. Essa nova gestão foi determinante para a criação de uma política transversal impulsionada por uma conjuntura de avaliações dentro do Ministério da Saúde. Para sua elaboração identificou-se as experiências interessantes que conseguiram superar desafios da atenção e gestão nos serviços públicos de saúde. Assim, a partir da sistematização dessas práticas exitosas estruturou-se a Política Nacional de Humanização.

A aproximação da PNH com a instituição de saúde estudada se deu pela afinidade teórica e interesses mútuos. No hospital, uma nova direção assumiu a gestão em 2003, interessada em mudar o modelo gerencial para moldes mais democráticos, e buscou-se apoio na PNH, ainda em fase de elaboração e experimentação. O MS vislumbrou a possibilidade de tornar o hospital uma referência para o HumanizaSUS e ofertou seu apoio institucional. Nesse período ocorreram muitas alterações nos processos de trabalho, na organização administrativa, financeira e gerencial, impactando o cotidiano do serviço. Encontrou-se muita resistência por parte dos trabalhadores, muitas negociações foram necessárias, diversas estratégias foram adotadas. Finalmente, MS e Hospital puderam identificar os benefícios da parceria estabelecida: o hospital teve o incremento de suas ações, potencializando-as e o MS se beneficiava da

experimentação da PNH e a utilizava como estratégia de divulgação e disseminação, tornando o hospital um modelo de boa prática.

O trabalho empírico produziu dados que revelaram as concepções distintas dos gestores e trabalhadores quanto a percepção da PNH em funcionamento no hospital através de seus dispositivos. Ao comparar as apreensões da PNH entre os trabalhadores técnicos de nível médio e superior também notou-se diferenciação de percepção evidenciando certa hierarquização de saberes e interações.

É importante ressaltar que as alterações ocorridas no hospital a partir da implantação da PNH se constituíram encontrando dificuldades nesse percurso e, ainda hoje, persistem. Conclui-se que no hospital estudado houve dois momentos distintos do HumanizaSUS. O primeiro na fase de implementação, onde aconteceu um processo intenso de participação dos servidores nas rodas, oficinas e colegiados bastante potente para introduzir as alterações que ocorreram. Esse processo foi interrompido em função de concursos públicos que substituíram grande parte dos trabalhadores que foram mobilizados e inaugurou uma segunda fase. Esta iniciou com o distanciamento do apoio institucional que auxiliava e muitas vezes, assumia a catalisação de recursos, mobilização e planejamento das ações. Com isso, houve certa desvitalização dos pressupostos da PNH, baixo investimento em recuperar a mobilização e alguns processos não foram retomados, ocasionando a descrença dos servidores da instituição quanto a sua eficiência.

Acredita-se que a PNH é de fato uma utopia com possibilidades de muitas concretizações, dependendo de como se implementa. Não há receita possível e, sim, possibilidades para o debate. É uma política de enfrentamento a uma lógica contemporânea, pautada pelas relações de consumo que trata a saúde como mercadoria, produto. Acredita-se que o maior desafio é transpor essa lógica e instaurar uma nova forma de se relacionar e atuar na saúde. Apostar que seu ideário possa empreender uma mudança radical na saúde, como é sua proposta, talvez não seja possível sem abordar toda a conjuntura onde está inserida. É necessária uma força tarefa mais abrangente que uma política para promover a mudança que se deseja, pode-se começar a partir dessa, mas não finalizar nesse ponto.

Esta pesquisa revelou muitas possibilidades de continuidade ao trabalho reflexivo. Ressalta-se questões como o alcance e efetividade dos processos participativos, relações de poder que permeiam o campo da saúde, a relação entre

gestão e subjetividade são alguns exemplos. Assim, pode-se afirmar que este trabalho não teve um final, mas o início de muitas possibilidades.

A autora sai desse processo diferente do início, transformada. Muitas certezas foram desfeitas, a insegurança foi companheira nesta trajetória, não de forma pejorativa. Possibilitou novos questionamentos, novos olhares, novas afirmações porque não havia certezas absolutas, nem decisões eternas, tudo podia mudar a cada instante, bastava estar disponível para perceber as variações da paisagem. O caminho foi longo, turbulento, cansativo, ao mesmo tempo prazeroso, belo, revigorante. Os companheiros de viagem incentivaram-me quando era imprescindível persistir, auxiliaram-me quando era necessário pegar caminhos alternativos, desvios ou mesmo mudar a rota planejada, que mostraram-se muitas vezes mais atrativos e interessantes que o caminho original. A viagem chegou ao fim, o percurso foi uma mescla de prazer e sofrimento, mas foi imensamente gratificante.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O planejamento de pesquisas qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- ALTOÉ, S. (Org.). O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª. Edição. Belo Horizonte: Instituto Félix Guatarri, 2002.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Edital do concurso público 01/2006**. Belo Horizonte: Prefeitura, 2006.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005a.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n.17, p. 389-406, 2005b.
- BERNARDES, A. G. & GUARESCHI, N. Estratégias de Produção de Si e a Humanização no SUS. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 27, n. 3, p. 462-476 2007.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acessado em 10/04/09.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina Nacional Humaniza SUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: relatório de atividades 2003**. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: boas práticas de humanização na atenção e na gestão do sistema único de saúde. a humanização no Hospital Municipal Odilon Behrens: um modo de fazer incluyente e participativo**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de trabalho de humanização**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Visita aberta e direito a acompanhante**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008f.

BRASIL Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e Cogestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saude e Sociedade**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia nas instituições – o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O (org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

CAMPOS, G. W.; RATES, S. M. M. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: ARAÚJO, G. F; RATES, S. M. M. (Org.). **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2ª ed. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2009.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 104-1121, 1996.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECÍLIO, L. C. O (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005a.

DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

DOMÈNECH, M; TIRADO, F; GÓMEZ, L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4ª ed. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

FERREIRA, F. F.; CALVOSO, G. G.; GONZALES, C. B. L. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. **Psicologia, reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 243-250, 2002.

FERREIRA NETO, J. L. A Psicologia e Políticas Públicas: novas questões para a formação. In: **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta, no prelo.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L.; PEREIRA, A. B.; REZENDE, M. C. C.; FERNANDES, M. L. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 831-842, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **MENTAL: Revista de Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**. Barbacena, ano 3, n. 5, 2005.

FOUCAULT, M. Poder e Saber. In: MOTTA, M. B. (Org.). **Ditos e escritos IV: Estratégia, Poder-Saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, 2000.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-29, 2004.

GUIZARDI, F. L. & CAVALCANTI, F. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

HÖFLING, E. M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA AVANÇADA. **Sistema de Indicadores de Percepção Social Saúde**. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 15 de maio de 2011.

KIND, L. Elementos para análise temática em pesquisa qualitativa. In: COLÓQUIO INTERINSTITUCIONAL DE LABORATÓRIOS DE PSICOLOGIA, 1, 2007, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: PUC Minas, 2007.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 771-780, 2009.

MINAYO, M. C. S. Fase de análise ou tratamento do material. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 197-247.

MORAES, R. C. Reformas Neoliberais e Políticas Públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-Sociedade. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 13-24, 2002.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

NOGUEIRA, E. L.; TRANDAFILOV, R. M. V.; CRUZ, L. V.; CAETANO, T.; RIBEIRO, Y. C. N. M. B. A experiência de desospitalização e do Programa de Internação Domiciliar. In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. (Org.). **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2ª ed. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. T. CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND J. R., M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, D. F.; FIGUEIREDO, V. O. N. O olhar da PNH - aposta no fazer coletivos para a produção de mudanças: a experiência do Hospital Municipal Odilon Behrens. In: In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. (Org.). **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2ª ed. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2009.

PASSOS, E. (Org.). **Formação de apoiadores para a Política Nacional de Humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. v.2.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RATES, S. M. M. Unidades de Produção como espaço de construção democrática. In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. (Org.). **Cogestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. 2ª ed., Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2009.

REIS, A. O. A.; MARAZINA, I. V.; GALLO, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIVERA, F. J. U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.12, n. 3, p. 357-372 1996.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 999-1010, 2007.

ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos - nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2345-2354, 2010.

SILVA, S. F.. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009.

SOUZA, L. A P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface: Comunicação Saúde Educação**. Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-8, 2009.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 1, p. 20-45, 2006.

SPINK, P. K. A inovação na perspectiva dos inovadores. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE A REFORMA DO ESTADO E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 9, 2004, Espanha. **Anais...** Espanha, 2004.

STRALEN, C. J. V. Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre a ideologia e a realizações práticas. In: TEIXEIRA, S. M. F (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

STRALEN, C. J. V. **Comentário em Exame de Qualificação**. Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC Minas. Belo Horizonte, 2010.

TRAJANO, A. R. HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea? In: Melo, Elza Machado (org.). **Podemos prevenir a violência**. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Brasília: Org. Pan-Americana da Saúde, 2010.

VASCONCELOS, C. P.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JR., M; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

VASCONCELOS M. F. F; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 13, supl.1, p. 729-38, 2009.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES

Nome:

Função:

Tempo de serviço:

1. Fale sobre sua trajetória profissional.
2. Como ingressou no hospital e como foi sua participação na implantação da PNH?
3. Como se realizou o contato com Ministério da Saúde e a aproximação com a PNH?
4. Como ocorreu a intervenção do MS para implantação do HumanizaSUS?
5. Quais foram as estratégias de divulgação, disseminação, sensibilização e mobilização para a PNH?
6. Quais negociações foram necessárias nesse processo?
7. Quais foram as mudanças, avanços e impasses propiciadas pela PNH no hospital?
8. Na sua percepção, como a PNH chega aos trabalhadores que estão na ponta do serviço?
9. Comente sobre os princípios, método, diretrizes e dispositivos da PNH em operação.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA CONSULTORES DO MS

Nome:

Função:

Tempo de serviço:

1. Fale sobre sua trajetória profissional e sua relação com a PNH.
2. Comente sobre o contexto político, institucional à época da formulação da PNH.
3. Como foi o processo de formulação desta política? Quais interesses estavam em jogo?
4. Como a PNH se inseriu na agenda política do MS?
5. Quais atores participaram desse processo e quais negociações foram necessárias?
6. Quais dificuldades enfrentou?
7. Quais parceiros apoiaram?
8. Comente sobre financiamento, sustentabilidade, influência de organismos internacionais e estratégias de implantação nos serviços.
9. Como se deu a aproximação do Ministério da Saúde com o Hospital?
10. Quais foram os impactos percebidos até o momento?
11. Na sua percepção, como a PNH chega aos trabalhadores que estão na ponta do serviço?

ANEXO A – ORGANOGRAMA GERAL DO HOSPITAL

