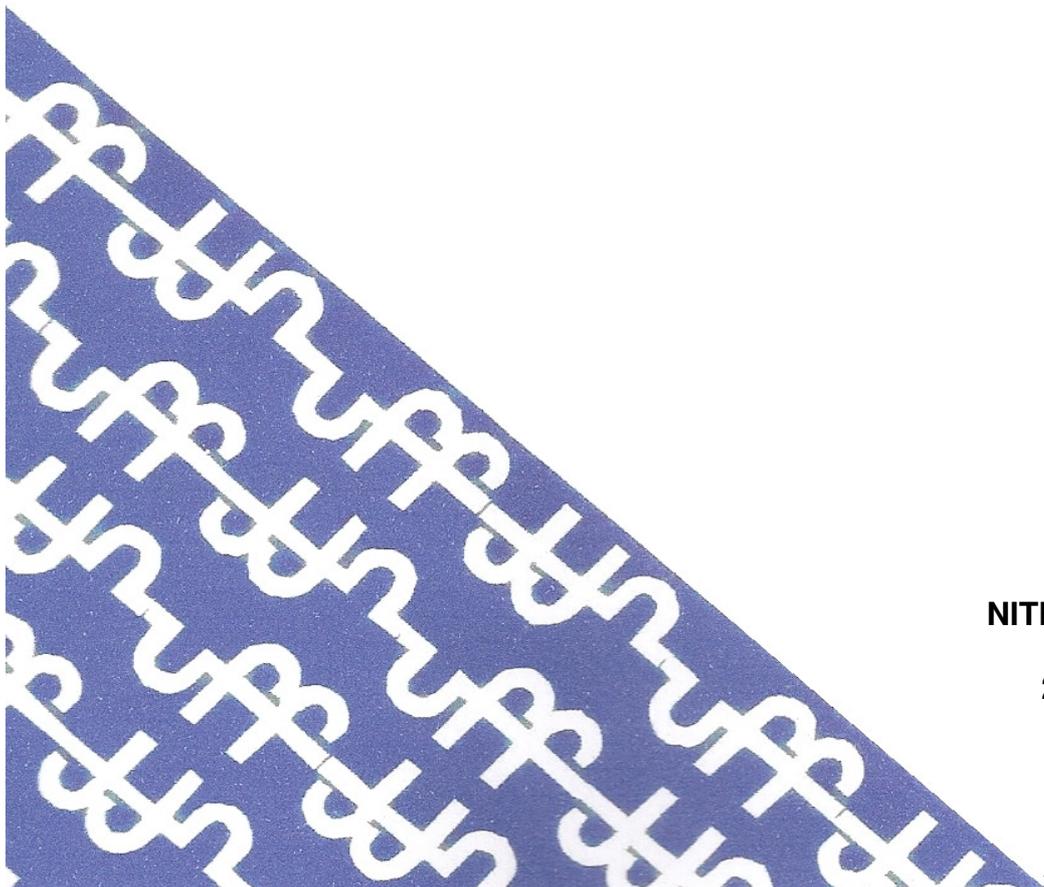


ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

ADRIANA MAIAROTTI JUSTO

**A FÓRMULA(AÇÃO) DE UMA POLÍTICA PÚBLICA:
CONTEXTO, ATORES E IDEIAS NA ANÁLISE DA
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – HUMANIZASUS**



NITERÓI/RJ

2013

ADRIANA MAIAROTTI JUSTO

**A FÓRMULA(AÇÃO) DE UMA POLÍTICA PÚBLICA:
CONTEXTO, ATORES E IDEIAS NA ANÁLISE DA
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO - HUMANIZASUS**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Política Social

ORIENTADORA: Prof.^a Dra. Mônica de Castro Maia Senna

NITERÓI/RJ

2013

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

J96 Justo, Adriana Maiarotti.
A fórmula(ação) de uma política pública: contexto, atores e ideias na análise da política nacional de humanização – HUMANIZASUS
Adriana Maiarotti Justo – 2013.
202 f.
Orientador: Mônica de Castro Maia Senna.
Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2013.
Bibliografia: f. 191-197

1. Política pública. 2. Análise. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Saúde Pública; aspecto político. 5. Brasil. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

CDD 614.0981

ADRIANA MAIAROTTI JUSTO

**A FÓRMULA(AÇÃO) DE UMA POLÍTICA PÚBLICA:
CONTEXTO, ATORES E IDEIAS NA ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO - HUMANIZASUS**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Política Social

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna – Orientadora

Profa. Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato –UFF /PPGPS

Profa. Dra. Luciene Burlandy Campos de Alcântara – UFF/ Fac. Nutrição

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos – UERJ /IMS

Profa. Dra. Valéria dos Santos Noronha Miranda – UFRB / CAHL

NITERÓI/RJ

2013

AGRADECIMENTOS

À Deus, minha guia e seus mensageiros pelas oportunidades, aprendizados e por estarem sempre por perto irradiando muita luz.

À minha orientadora Mônica Senna, em especial, por me fazer transitar com tanta alegria pelo mundo das políticas públicas, pela disponibilidade, acolhimento, amizade e afetividade com que me acompanhou todos esses anos e em especial no fechamento desta tese. Obrigada!

À Lenaura Lobato e Luciene Burlandy pelos ensinamentos e pela constante alegria com que convivemos. Ao Ruben Matos e Valéria Miranda pela atenção e disponibilidade em acolher o meu trabalho.

Aos profissionais entrevistados por esse estudo: Humberto Costa, Gastão Wagner, Regina Benevides, Eduardo Passos, Dario Pasche, Adail Rollo e Altair Massaro, sem vocês esse trabalho não seria possível. Meu carinho e agradecimento especial.

Aos amigos e professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da UFF que me acolheram. Agradeço pelas parcerias e pelas reflexões.

À Rosana Arantes, amiga para vida. Foi por suas mãos que conheci o Programa de Doutorado e a Mônica, se não fosse por você não estaria aqui nesse momento.

À Luzia, Raquel e Letícia – secretárias do programa de Doutorado – pela constante disponibilidade com que “cuidam” de todos nós.

Ao meu marido Fábio Justo por ser essa pessoa única e especial na minha vida. Agradeço pelo amor, pela compreensão nos momentos de elaboração desse trabalho, por ser o melhor dos companheiros e por ter nos braços o “melhor lugar do mundo”.

Aos meus pais Lucia Maiarotti e Eduardo Maiarotti, e meu irmão Rodrigo Maiarotti por serem tão especiais e por me ensinarem honestidade, simplicidade e principalmente que cada caminho deve ser direcionado pelas batidas do coração.

À minha Dinda Regina Marconi por se fazer sempre tão presente na minha vida.

À toda minha família - avó, tios e primos - hoje ampliada, pelo espaço de divertimento, crescimento e aprendizado.

À Alessandra Justo, Bruno Justo e Raquel Justo que tão especialmente me ajudaram nesse trabalho, me deram a oportunidade de ser madrinha e me apresentaram a margarida – Mariazinha - mais linda de todos os jardins.

À Vanda Justo e José Roberto Justo por fazerem parte da minha vida e por estarem sempre por perto com muito carinho.

Aos amigos Especialistas em Gestão de Saúde da SES/RJ por me fazerem acreditar em um serviço público de qualidade, em especial: Vivian Studart, Dayse Aguiar, Henrique Sant'anna, Juliana Romualdo e Mariana Autran.

Aos amigos da assessoria da Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Executiva da SES/RJ pelo acolhimento e aprendizado diário.

Às amigas da Coordenação Geral de Educação em Saúde e Gestão da SES/RJ por me fazerem acreditar que aprendizado caminha junto com alegria.

Aos amigos da Superintendência de Recursos Humanos da SES/RJ pelo carinho e ensinamentos.

À amiga e irmã Patrícia Bruce pela amizade desde o bebedouro da escolinha.

À Teresinha Mello por cuidar de mim de uma maneira muito especial. Obrigada por me fazer florescer!

À amiga Ana Maria Franqueira pelo carinho, apoio e cuidado com que sempre estive ao meu lado desde o dia em que nos conhecemos.

Ao meu eterno amigo Jorge Pastor por se fazer sempre tão presente na minha caminhada profissional, saudades.

Às amigas Isabel Castanho, Loise Vasconcellos, Juliana Lauria, Mirella Louise e Danielle Vargas pela amizade que ultrapassa distância e tempo.

À todos os cidadãos. Enquanto servidora pública é para vocês o meu trabalho diário.

Adoro reticências...
Aqueles três pontos intermitentes que insistem em dizer que nada está fechado
Que nada acabou, que algo sempre está por vir! A vida se faz assim!
Nada pronto, nada definido. Tudo em construção.
Tudo ainda por se dizer... Nascendo...
Brotando... Sublimando...Vivo assim...
Numa eterna reticência...
Para que colocar ponto final?
O que seria de nós sem a
expectativa de continuação?
(Nilson Furtado)

RESUMO

Este estudo teve como principal objeto de análise o processo de formulação da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Buscou examinar os atores, ideias e concepções que interferiram neste processo, tendo como recorte temporal os anos iniciais do primeiro governo Lula (2003-2004). A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde configurou o lócus de formulação da Política Nacional de Humanização. Neste sentido, o estudo se pautou na metodologia qualitativa, tendo o levantamento documental e a realização de entrevistas com atores-chave neste processo como principais procedimentos metodológicos para coleta de dados. O estudo aborda a trajetória da humanização nas Conferências de Saúde, o contexto do Ministério da Saúde à época da formulação, os movimentos que favoreceram a entrada da temática na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, os principais elementos do processo de formulação, bem como a metodologia proposta pela política. Os modelos de Coalizão de Defesa de Sabatier e Jenkins-Smith e o modelo de múltiplos fluxos de Kingdon subsidiaram as análises desenvolvidas. Os principais resultados permitiram reconhecer que o grupo que assumiu a Secretaria Executiva carregava consigo uma intencionalidade, qual seja, resgatar os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e propor um método para por em marcha tais princípios no SUS. Dessa forma, conclui-se que a temática humanização oportunizou a materialização de projetos que já vinham sendo gestados - em momentos anteriores pelos atores-chave - ao sistema de saúde. Entretanto, não se pode afirmar que o desenho da PNH estivesse previamente idealizado ou delineado. As experimentações realizadas no processo de formulação da PNH constituíram importantes analisadores que permitiram identificar o caráter diferenciado da política, na medida em que considerou, no seu processo de concepção, a positividade das experiências em curso no sistema de saúde.

Palavras-Chave: Política Pública. Análise de Políticas. Política Nacional de Humanização. Saúde Pública.

ABSTRACT

The main object of analysis of the present study is the process of formulating the National Humanization Policy – “HumanizaSUS” (*Translator’s Note: “SUS” stands for “Sistema Único de Saúde”, Unified Health System*). It sought to examine the players, ideas and conceptions that interfered with this process, within the time frame corresponding to the initial years of the first presidential term of Mr. Lula (2003 – 2004) (*Translator’s Note: Lula – Luiz Inácio da Silva*). The Executive Secretariat of the Ministry of Health configured the formulation locus of the National Humanization Policy. In this regard, the study was based on the qualitative methodology, relying on the documental research and the execution of interviews with key players within this process, as the main methodological procedures for data collection. The study deals with the development of humanization throughout the health conferences, the context of the Ministry of Health at the time of formulation, the movements which promoted the inclusion of the subject into the agenda of priorities of the Ministry of Health, the main elements of the formulation process as well as the methodology proposed by the policy. The models of Defense Coalition by Sabatier and Jenkins-Smith, and Kingdon’s model of multiple flows supported the performed analyses. The most relevant results enabled the acknowledgment of the fact that the group which took on the Executive Secretariat espoused the intention to restore the principles of the Brazilian Sanitation Reform and to propose a method to set such principles in motion within the SUS. Therefore, it is concluded that the subject of humanization brought to light the opportunity to materialize projects regarding the health system, that had already been conceived on previous occasions by the key players. However, it is not possible to assert that the outline of the NHP would have previously been designed or sketched. The experiments performed throughout the process of formulation of the NHP established relevant analyzers that enabled the identification of the distinct nature of the policy, to the extent that it considered in its conception process the positive character of the ongoing experiences within the health system.

Keywords: Public Policy. Analysis of Policies. National Humanization Policy. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS: Conferência Nacional de Saúde

DAD: Departamento de Apoio à Descentralização

DOPS: Departamento de Ordem Política e Social

GTH: Grupo de Trabalho de Humanização

LAPA: Laboratório de Administração e Planejamento

MS: Ministério da Saúde

NOB: Norma Operacional Básica do SUS

PNASH: Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PNHAH: Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PRN: Partido da Reconstrução Nacional

PT: Partido dos Trabalhadores

SAS: Secretaria de Assistência a saúde

SE: Secretaria Executiva

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFF: Universidade Federal Fluminense

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNIJUI: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	26
GRÁFICO 2	27
GRÁFICO 3	29
GRÁFICO 4	30
FIGURA 1	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1:A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	20
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO.....	20
1.1.1 INVESTIGAÇÃO DO TEMA NA BASE DE DADOS DO SCIELO E DA CAPES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	23
1.2 O DESENHO DA PESQUISA.....	31
1.3 OS DIFERENTES PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
1.4 A ABORDAGEM TEÓRICA NO CAMPO DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	36
1.4.1 MODELO DE COALIZÃO DE DEFESA	40
1.4.2 MODELO MÚLTIPLOS FLUXOS	41
CAPÍTULO 2:DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À PNH:A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA	49
2.1 A TRAJETÓRIA DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA .	50
2.1.1 VIII Conferência Nacional de Saúde.....	51
2.1.2 IX Conferência Nacional de Saúde.....	54
2.1.3 X Conferência Nacional de Saúde.....	55
2.1.4 Iniciativas Ministeriais de Humanização da Saúde anteriores à PNH	59
2.1.5 XI Conferência Nacional de Saúde.....	61
2.1.6 XII Conferência Nacional de Saúde.....	62
2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	65
2.2.1 MARCO TEÓRICO-POLÍTICO.....	65
2.2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES	69
2.2.3 MARCAS/PRIORIDADES	69
2.2.4 ESTRATÉGIAS GERAIS.....	70
2.2.5 ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH	71
2.2.6 DIRETRIZES GERAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO	72
2.2.7 A GESTÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO	73
2.2.8 O CAMPO E O COMPROMISSO	74

CAPÍTULO 3: O CONTEXTO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 77

3.1 A ELEIÇÃO DE LULA À PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PERCEPÇÕES SOBRE O GOVERNO DE TRANSIÇÃO..... 78

3.2 A COMPOSIÇÃO DO GRUPO FORMULADOR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 82

3.2.1 O CONVITE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE 82

3.2.2 A COMPOSIÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA..... 88

3.3. AS PRIMEIRAS IMPRESSÕES SOBRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE..... 95

3.3.1 O QUE IMPRESSIONOU AQUELES QUE CHEGAVAM AO MS 101

CAPÍTULO 4: REFLEXÕES E CAMINHOS: A TRAJETÓRIA DA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 113

4.1 O PROCESSO DECISÓRIO POR UMA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO 114

4.2 A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PARA A FORMULAÇÃO DA PNH 123

4.2.1 “A FERRAMENTA NÃO INVENTADA” 129

4.3 A DECISÃO PELA MANUTENÇÃO DO TERMO ‘HUMANIZAÇÃO’ 131

4.4 O REPOSICIONAMENTO DO TERMO HUMANIZAÇÃO 135

4.5 AS MÚLTIPLAS FACES DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH 139

4.5.1 AS ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS..... 140

4.5.2 O OLHAR INTERNO DAS BARRACAS DA SAÚDE: UM ESPAÇO DE CONVERSA..... 143

4.5.3 O OLHAR EXTERNO DO PRÊMIO DAVID CAPISTRANO 148

CAPÍTULO 5: O MÉTODO DA PNH, OS APOIOS E CONSTRANGIMENTOS AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO E O AFASTAMENTO DOS ATORES-CHAVE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 155

5.1 O MÉTODO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO 156

5.1.1 UM MÉTODO AOS PRINCÍPIOS DO SUS 156

5.1.2 O MÉTODO DA PNH 159

5.1.3 APOIO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DO MÉTODO DA PNH 161

5.2 A (NÃO) PUBLICAÇÃO DE UMA PORTARIA PARA A PNH 167

5.3 APOIOS E CONSTRANGIMENTOS AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH.. 171

5.4 O AFASTAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 177

5.5 UM PROCESSO EM CONSTANTE FORMULAÇÃO 179

CONSIDERAÇÕES FINAIS	184
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	191
FONTES CONSULTADAS.....	194
APÊNDICE I:LISTA DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS E CARGOS À ÉPOCA DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH.....	198
APÊNDICE II:ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA AS ENTREVISTAS	199
APÊNDICE III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	201

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como principal objeto de análise o processo de formulação da Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Tendo seus princípios e diretrizes delineados entre os anos 2003-2004, a referida política apresentou importantes reflexões e propostas ao campo das práticas de assistência e de gestão em saúde.

O recorte temporal que delimitará o campo de análise desse estudo remete à gestão de Humberto Sérgio Costa Lima como Ministro da Saúde, e de Gastão Wagner de Souza Campos como Secretário Executivo/Vice-Ministro. O período proposto para análise se justifica, pois foi nesse contexto que se pôde identificar a confluência de atores, ideias e concepções fundamentais ao processo analisado por essa tese.

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, sob a gestão de Gastão Wagner configurou importante lócus de formulação da Política Nacional de Humanização. O convite a Regina Benevides para compor o quadro da referida Secretaria constituiu importante elemento ao debate que se pretende desenvolver. Companheiros de trajetória profissional, convidados por esses atores irão compor o grupo de condução do processo de formulação da PNH no Ministério da Saúde.

Nesse contexto de composição, o entendimento era de que as iniciativas propostas pelo movimento de reforma no sistema público de saúde do país, apesar de terem sido bem sucedidas em muitas de suas propostas, ainda se confrontavam com importantes desafios.

Dentre estes a fragmentação dos processos de trabalho e das redes assistências, a burocratização e verticalização do sistema, a precária interação nas equipes e entre as equipes, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e na gestão participativa, bem como os insuficientes dispositivos de cogestão (PNH, 2004c) ainda estavam postos ao sistema público de saúde do país.

Para além dos desafios apresentados, as dificuldades frente ao acesso à saúde, a desvalorização dos trabalhadores, a incipiente utilização da Educação Permanente como ferramenta de gestão, a fragilidade dos vínculos entre gestores, profissionais e usuários e ainda, a priorização de um modelo de atenção calcado no binômio queixa-conduta apresentam importantes lacunas. (PNH, 2004c)

Nessa direção, a Política Nacional de humanização vai afirmar a inseparabilidade da atenção e da gestão, na medida em que considera que “mudanças no modelo de atenção não se farão sem mudanças no modelo de gestão”. (PNH, 2004c, p.8)

Diante desse contexto, os atores-chave do processo analisado por esta tese se confrontaram com o desafio de que fossem formuladas propostas metodológicas que colocassem em marcha os princípios, já estabelecidos ao sistema público de saúde do país, como poderá ser observado nas análises deste estudo.

Estudos que investigam a temática abordada pela Política Nacional de Humanização constituem-se matéria relevante de discussão, na medida em que essa política se propõe a operar no hiato entre as práticas historicamente construídas, que se ocupavam do cuidado em saúde apenas em sua perspectiva biológica, e as práticas em consonância com as dimensões sociais, culturais, subjetivas, dialógicas e relacionais que perpassam as práticas de assistência e de gestão no sistema de saúde. (MAIAROTTI, 2010)

Assim, o interesse pela realização desse estudo é fruto de questionamentos acerca da compreensão sobre o processo de formulação de políticas de corte social, em especial aquelas que referenciam a problematização dos processos de trabalho e o protagonismo dos sujeitos nas ações de saúde.

Nessa direção, e com o objetivo de analisar o processo de formulação da Política Nacional de Humanização, nos anos iniciais do primeiro governo Lula, alguns caminhos de análise foram traçados. Tais caminhos buscam alcançar os objetivos específicos delineados para a proposta em tela, sendo esses: O perfil dos atores-chave do processo estudado, bem como os laços

prévios entre esses profissionais; o contexto do Ministério da Saúde à época do processo de formulação; a entrada da humanização na agenda governamental; as ideias, o reposicionamento conceitual, as estratégias junto aos estados e municípios e a metodologia de trabalho proposta pela PNH; bem como os principais apoios e constrangimentos ao processo de formulação da política.

Essa tese está estruturada em cinco capítulos. O primeiro apresenta a trajetória teórico-metodológica que direcionará as análises desse estudo. Neste capítulo serão apresentados a delimitação da temática estudada, um estudo exploratório na base de dados do SICELO e no Portal da CAPES, o desenho da pesquisa, os diferentes procedimentos de coleta de dados, além de elementos das abordagens teóricas do campo das políticas públicas que auxiliaram as análises dessa tese. Dentre essas se destacam a Coalização de Defesa de Sabatier e Jenkins-Smith e o Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon.

O segundo capítulo descreve a trajetória da Política Nacional de Humanização no sistema de saúde, dando destaque as Conferências Nacionais de Saúde. Buscou-se nas Conferências indícios e propostas de humanização que já vinham permeando o sistema de saúde, antes mesmo da formulação da política. Neste capítulo ainda será apresentado ainda o documento da PNH, elaborado à época pelos atores-chave do processo estudado.

A tese segue assim para o terceiro capítulo, no qual serão descritos alguns dos principais elementos do contexto do Ministério da Saúde à época da formulação da PNH. As análises contemplam a vitória de Lula a Presidência da República, as percepções do governo de transição, o convite aos atores-chave da PNH para compor o Ministério da Saúde, a composição da Secretaria Executiva e as primeiras e mais importantes impressões dos entrevistados quando chegaram ao Ministério.

O capítulo quarto se destina a analisar as reflexões e caminhos eleitos ao processo de formulação da PNH. Nessa direção, apresentará o processo decisório que elegeu a temática da humanização como uma das linhas estratégicas de atuação do Ministério da Saúde, bem como os principais elementos que favoreceram a sua entrada na agenda ministerial. A importância

do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) será apresentada, articulando a essa discussão os motivos pelos quais foi decidida a manutenção do nome humanização na política, apesar das inúmeras críticas que vinham sendo postas ao conceito. O capítulo ainda se propõe a apresentar as múltiplas faces do processo de formulação da política estudada.

O quinto e último capítulo foi proposto para que se pudesse desenvolver o debate quanto ao método – proposta metodológica – da PNH. A decisão pela não publicação de uma portaria ministerial para a política, também será tema de destaque nesse capítulo. Os apoios e constrangimentos ao processo analisado serão apresentados, possibilitando o entendimento de alguns dos elementos que favoreceram a saída do grupo de atores-chave do Ministério da Saúde. Um tópico específico ao afastamento desses atores do Ministério compõe também esse capítulo. Por fim, o entendimento de que a formulação de políticas públicas não são processos estanques e finitos, circunscrito a um período único e determinado será abordado.

Cabe dizer que o escopo de um estudo não permite a compreensão da complexidade e dos inúmeros fatores que influenciam um determinado evento. Apesar disso, essa tese buscou investigar elementos que pudessem aprofundar o conhecimento sobre o processo de formulação da Política Nacional de Humanização, estimulando assim campo dialógico e contínuo de discussões sobre a temática que se elegeu para esse trabalho.

CAPÍTULO 1

A TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA DA PESQUISA

1.1. DELIMITAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

A presente tese tem como objeto principal de análise o processo de construção da Política Nacional de Humanização (PNH), uma política que se pretendeu norteadora das práticas de assistência e de gestão em saúde.

Para tal estudo foi delimitado o recorte temporal entre os anos 2003-2004, período inicial de desenho dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização no Ministério da Saúde.

O período recortado remete à gestão de Gastão Wagner de Souza Campos como Secretário Executivo do Ministério da Saúde, uma vez que foi sob sua gestão que se pôde observar as condições concretas para o desenho inicial da referida política. O Ministério da Saúde estava sob a gestão de Humberto Costa, o qual manteve suas atribuições como Ministro até julho do ano de 2005.

Cabe destacar que o momento histórico - da vitória de Lula para a Presidência da República - imprimia expectativas de que uma nova configuração para o quadro social do país pudesse ser desenhada. Tal expectativa também era sentida no campo da Saúde Pública, na medida em que importantes quadros da reforma sanitária brasileira estavam vinculados ao Partido dos Trabalhadores (PT) e, com a vitória de Lula, passaram a compor os altos escalões do Ministério da Saúde.

É nesse contexto que a Política Nacional de Humanização é gestada. Mas do que trata a Política Nacional de Humanização? Quais fatores favoreceram o processo de formulação desta política no Ministério? De que forma o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) contribuiu para a formulação da PNH? Qual a importância que atores

- especialmente a figura de Gastão Wagner de Souza Campos - tiveram na eleição da temática da humanização como uma das estratégias prioritárias e transversais daquela gestão?

A hipótese que orientou este trabalho era a de que o processo de formulação da PNH havia sido oportunizado pela confluência de importantes atores sociais no campo da Saúde Pública brasileira que passaram a ocupar cargos estratégicos no Ministério da Saúde, nos primeiros anos do governo Lula. Sob a condução de Gastão, o grupo que veio a compor a Secretaria Executiva teria imprimido referências do campo da saúde mental e das construções que vinham da UNICAMP, especialmente do método Paidéia, aos projetos então existentes no Ministério da Saúde, dando assim origem à PNH. Como veremos essa hipótese não se confirmou plenamente.

Assim, mediante tal objetivo, este estudo elencou alguns elementos que foram identificados como essenciais à análise do processo de formulação da PNH, sendo estes:

- O perfil dos atores-chave do processo estudado, bem como os laços prévios entre esses profissionais;
- O contexto do Ministério da Saúde à época do processo de formulação;
- A entrada da humanização na agenda governamental;
- As ideias, o reposicionamento conceitual, as estratégias junto aos estados e municípios, e a metodologia de trabalho proposta pela PNH;
- Os principais apoios e constrangimentos ao processo de formulação da política.

Nesse contexto de reflexões, este trabalho se refere à investigação de um *desenho inicial* dos princípios e diretrizes da PNH. Tal construção assim se fez necessária por compreender que “é prudente, sábio e necessário admitir que a implementação modifica as políticas públicas” (ARRETCHE, 2001, p.47)

Tal direção de pensamento traz a compreensão de que a implementação, ou melhor, a experimentação junto às diferentes regiões e campos de aplicação pelo país promove atualizações no desenho inicial de uma política pública, conferindo expressões singulares ao movimento inicialmente proposto.

Tais atualizações implicam na observação das necessidades e especificidades de um determinado contexto, bem como remete, a possíveis alterações de percurso, em contextos políticos diferentes daquele no qual foi concebido o desenho inicial de uma política.

Com tal discussão, não se pretende afirmar que as concepções basais de uma dada política não sejam preservadas, no entanto, não se pode deixar de considerar que a “formulação” não deve ser entendida como etapa estanque, ou seja, etapa que se finda previamente à experimentação da política em seu campo de aplicação.

Entretanto, neste estudo o termo “formulação” será utilizado para referenciar esse momento inicial de desenho da Política Nacional de Humanização – remetendo ao período entre os anos 2003-2004, na esfera federal, no lócus do Ministério da Saúde.

O estudo do processo de formulação de políticas sociais que - assim como a PNH lança luz sobre a discussão acerca da autonomia, protagonismo e problematização das práticas e da gestão em saúde - sugere importante contribuição para o campo da Saúde Pública no país.

A referida contribuição remete à dinamização de conhecimentos, aos movimentos propositivos em prol da referida formulação, e aos constrangimentos a tal processo, além remeter a dados relevantes quanto à eleição de caminhos que culminaram no desenho dos princípios e diretrizes da PNH.

A escolha por um caminho de formulação democrático, por uma política efetivamente pública ficará evidente ao longo das discussões deste estudo,

sendo esta uma das principais contribuições que a análise do processo de formulação da PNH pode aportar ao campo da Saúde Pública brasileira.

Em particular, o estudo do processo de concepção da PNH desperta um interesse investigativo e aporta conhecimentos à minha trajetória enquanto psicóloga e sanitarista, em atuação profissional no campo da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro.

No entanto, não somente pelas contribuições que esse processo busca apresentar à Saúde Pública, mas também pelo incipiente número de trabalhos que se propuseram a investigar tal processo, a proposta investigativa apresentada por esta tese foi considerada. Essa afirmação só foi possível a partir da realização de um estudo exploratório realizado na base de dados do SCIELO e do Portal da CAPES, sendo este um dos momentos iniciais do presente estudo, constituindo-se essencial à escolha da temática estudada.

1.1.1 INVESTIGAÇÃO DO TEMA NA BASE DE DADOS DO SCIELO E DA CAPES: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Com o objetivo de identificar se estudos relacionados ao processo de formulação da PNH haviam sido desenvolvidos, esta tese realizou pesquisa de artigos, dissertações e teses em duas importantes bases referenciadas no campo da Saúde Pública: SCIELO e CAPES.

A pesquisa no SCIELO e na CAPES foi realizada em outubro de 2010, para estudos iniciais da investigação que se pretendia realizar, tendo sido atualizada em janeiro de 2012, para fins de elaboração do projeto de qualificação desta tese.

Para as pesquisas foram considerados três grupos de descritores. O primeiro grupo se ocupou de maneira mais extensa de palavras ou expressões que remetessem ao tema da humanização¹. O segundo grupo considerou

¹Os descritores do primeiro grupo foram: humanizacao or humanizacao da assistencia or humanizacao da assistencia hospitalar or humanizacao da atencao or humanizacao da atencao

apenas os descritores “política e humanização”; E a terceira e última pesquisa informou os descritores “formulação e humanização”.

Para a apresentação dos dados dessa pesquisa foi considerada a relevância de uma tipologia/classificação² que permitisse o agrupamento das informações. Diante dessa tarefa, entendeu-se que a eleição de uma tipologia somente teria sentido quando em correlação com o contexto em análise. Sendo assim, foram selecionados eixos temáticos identificados nos trabalhos encontrados nas duas bases de dados.

A identificação desses eixos temáticos se deu pela análise de cada um dos títulos³ dos trabalhos, buscando a identificação de abordagens recorrentes entre os temas.

Nessa direção, foi realizada uma leitura livre de todos os títulos dos trabalhos, a qual permitiu o delineamento de seis principais eixos temáticos: a. parto/maternidade; b. formação em saúde; c. política de saúde (SUS); d. política nacional de humanização (PNH); e. assistência à saúde; f. excluídos.

No eixo “parto/maternidade” foram considerados os temas relacionados à gestação, maternidade, pré-natal, método canguru, aborto e demais temas relacionados.

A classificação “formação em saúde” se deteve nos temas da graduação e pós-graduação na saúde, Educação Permanente, educação profissionalizante, estágios, docência, trabalhos de pesquisa e temáticas relacionadas.

a saude or humanizacao da saude or humanizacao da assistencia or humanizacao das praticas de saude or humanizacao das relações or humanizacao de assistencia ao parto or humanizacao de sistemas or humanizacao do nascimento or humanizacao do parto or humanizacao do posto de trabalho or humanizacao e direito dos pacientes or humanizacao em saude or humanizacao na relacao medico-paciente or humanizações or humanizacoes da assistencia medica or humanizar or humanizasus

² A classificação de um artigo em um eixo temático não garante necessariamente a complexidade das discussões nele empreendidas, uma vez que seus debates podem contemplar diferentes dimensões. Entretanto, neste estudo foi eleito apenas um eixo temático para cada artigo.

³ É sabido que nem sempre a análise do título garante a riqueza de discussões do debate apresentado por um estudo, além de que nem sempre é representação fidedigna da temática discutida, no entanto, essa metodologia foi eleita em virtude do grande número de trabalhos a serem analisados.

A classificação como “política de saúde (SUS)”, considerou a aproximação do trabalho com as discussões dos princípios e diretrizes da política de saúde, gestão do sistema e intersectorialidade das diferentes políticas públicas.

Aqueles classificados em “Política Nacional de Humanização (PNH)” mantinham aproximação com as discussões sobre as diretrizes e princípios da política, seu processo de implementação e desafios na gestão de sua operacionalização.

Devido à importância para essa tese, dos temas relacionados à “política nacional de humanização (PNH)” foram criados subeixos distribuindo os trabalhos em: “princípios e diretrizes da política”, debates sobre “implementação”, “avaliação da PNH” e discussões sobre o “conceito de humanização”.

O eixo temático referente à “assistência à saúde” recebeu destaque pela grande quantidade de artigos relacionados, sendo estes principalmente referidos às práticas de assistência, principais desafios vivenciados e relatos de experiências nos três níveis de atenção à saúde.

Por fim, os artigos classificados como “excluídos” foram aqueles que não mantinham correlação com a temática da saúde, estando principalmente em articulação com os estudos nos campos do direito, educação, segurança pública, filosofia e assistência social.

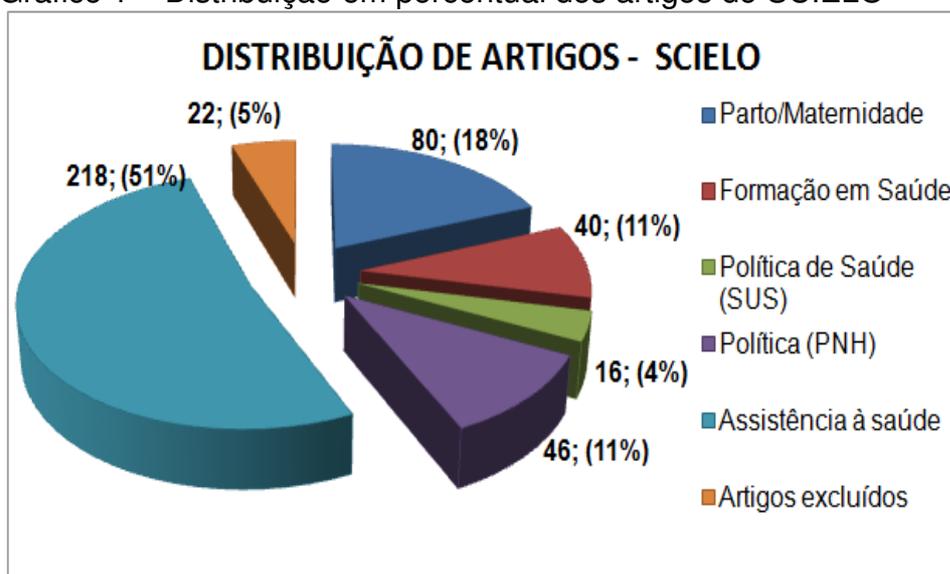
Na pesquisa realizada no site SCIELO, o primeiro e mais amplo grupo de descritores permitiu que 422 artigos fossem encontrados. O segundo grupo de descritores - política e humanização - relacionou 71 artigos. E a terceira pesquisa, com o terceiro rol de descritores - Formulação e Humanização - identificou cinco artigos.

Conforme apontado, foi realizada uma leitura livre dos títulos dos 422 artigos encontrados com o primeiro rol de descritores, já que este era o grupo mais amplo. Dessa leitura foram elencados os eixos temáticos.

Da análise do segundo rol de descritores foi possível identificar que dos 71 artigos encontrados, todos já contavam na lista dos 422 identificados pela primeira pesquisa de descritores. Da mesma forma, os cinco artigos do terceiro rol de descritores já constavam na lista ampliada da primeira pesquisa.

Os gráficos a seguir apresentam a classificação dos artigos mediante os eixos apresentados.

Gráfico 1 – Distribuição em percentual dos artigos do SCIELO



Fonte: Elaboração própria a partir de artigos coletados do SCIELO

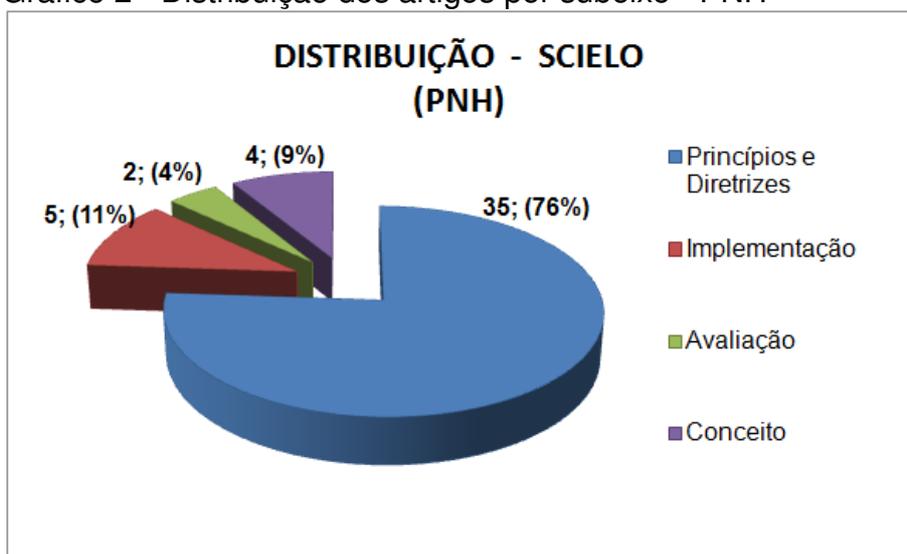
A análise do gráfico permite identificar que a maioria dos artigos - 51% se encontra relacionada à discussão da assistência à saúde, seguida do debate sobre o parto/maternidade, com 18%.

Cabe destacar que apesar da discussão relacionada ao parto/maternidade estar vinculada à assistência à saúde, este estudo ofereceu destaque ao tema, visto que em alguns desses artigos foi possível identificar debates mais amplos do campo da humanização. Tais debates estavam especialmente relacionados ao Programa de Humanização do Pré-Natal e às Normas de Atenção ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru,

além do cuidado à saúde da mulher e da criança, que ganhou centralidade nas práticas de humanização⁴.

Em especial, nos artigos que abrangem a discussão sobre a PNH, os subeixos dessa temática informam destaque aos estudos relacionados aos princípios da política, seguidos da discussão das estratégias de implementação.

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos por subeixo - PNH



Fonte: Elaboração própria a partir de artigos coletados do SCIELO

Diante dos dados apresentados é relevante destacar que não foram identificados, na base de dados do SCIELO, artigos relacionados à análise do processo de formulação da PNH.

Para a pesquisa realizada no portal de dissertações e teses da CAPES foram selecionados os mesmos três grupos de descritores abordados na investigação no SCIELO, com correção no primeiro grupo de descritores, para o qual foi utilizado apenas o termo “humanização”.

⁴ Os programas listados foram importantes iniciativas no campo da humanização em saúde. A apresentação mais detalhada de tais programas será abordada no próximo capítulo desta tese.

A correção se deve ao fato de que este é o mais amplo dentre os descritores utilizados, supondo que os demais termos e expressões sugeridas pelo SCIELO estariam contidos nesta pesquisa.

Assim, para o primeiro grupo foi relacionado o descritor “humanização”, para o segundo grupo “política e humanização” e para o terceiro, “formulação e humanização”.

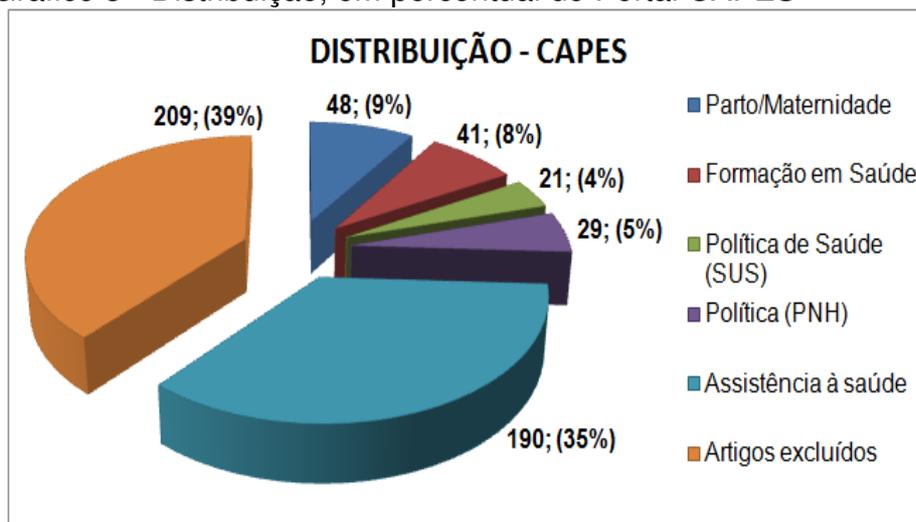
Para o primeiro grupo de descritores foram encontradas 1.984 dissertações e teses. Assim, pela impossibilidade de análise de um grupo tão ampliado, o estudo no portal da CAPES centrou-se na análise no segundo grupo de descritores.

O descritor foi inserido no campo de pesquisa “assunto” e foram selecionados todos os trabalhos a partir de 1984, ano inicial disponibilizado pelo portal. A pesquisa contemplou trabalhos de mestrado, doutorado e de curso profissionalizante, tendo o Portal identificado 538 estudos com o descritor proposto.

No caso do portal da CAPES, a classificação da bibliografia segundo eixo temáticos seguiu a mesma tipologia utilizada para os artigos do SCIELO, de forma a permitir certa comparação no que diz respeito à frequência dos temas tratados.

Do mesmo modo, a metodologia de análise realizada seguiu aquela empregada nos levantamentos na base SCIELO, ou seja, a partir dos títulos dos trabalhos. Dessa forma, os 538 estudos foram distribuídos nos seis eixos temáticos eleitos, e suas análises podem ser observadas no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Distribuição, em percentual do Portal CAPES



Fonte: Elaboração própria a partir de artigos coletados do SCIELO

Como pode ser observado, o gráfico três demonstra que 39% dos estudos foram classificados no eixo “excluídos”, ou seja, não mantinham relação com as discussões do campo da saúde. Dentre as áreas mais abrangidas por esses estudos estava em destaque a educação. As outras áreas de discussão faziam referência a temas do campo do direito, assistência social, filosofia, direitos humanos, segurança pública e direito penal.

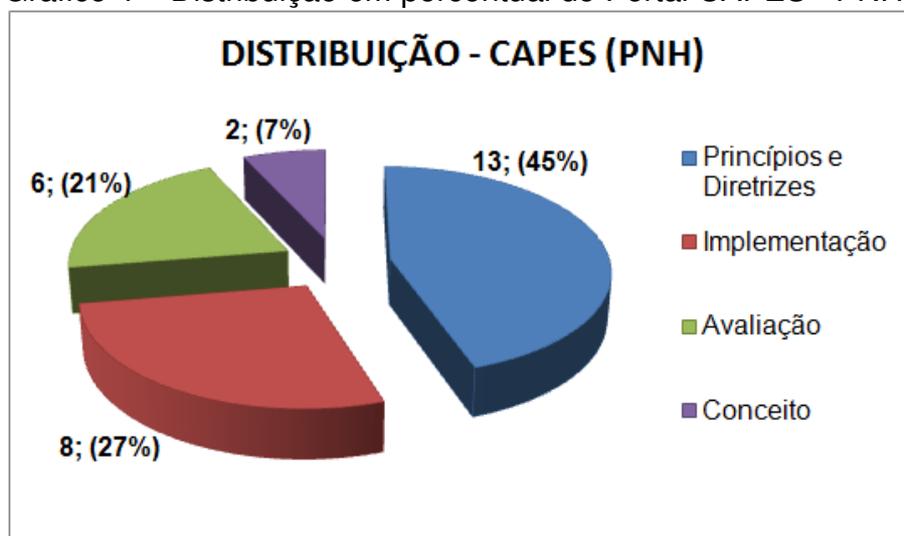
A análise do gráfico três ainda permite identificar que assim como na base de dados do SCIELO, a discussão sobre assistência à saúde ganha maior destaque. Entretanto, os debates sobre parto/maternidade que se destacavam com 17% na base SCIELO, são temas de apenas 9% dos trabalhos analisados no Portal da CAPES.

Particularmente acerca da Política de Humanização, o portal da CAPES demonstra destaque, assim como no SCIELO, para estudos que possuem como temática os princípios e diretrizes da política, como pode ser observado no gráfico quatro.

Aqueles referentes aos processos de implementação também são relevantes, entretanto, vale ressaltar que apenas 29 estudos foram classificados no eixo em questão - “Política de Humanização”. É relevante

destacar que, assim como ocorrido na pesquisa na base de dados SCIELO não foi identificado nenhum trabalho relacionado à temática da formulação da PNH.

Gráfico 4 – Distribuição em percentual do Portal CAPES - PNH



Fonte: Elaboração própria a partir de artigos coletados do SCIELO

Ainda referente ao segundo grupo de descritores - “política e humanização” - para o qual foram encontrados os 538 trabalhos e realizada a classificação apresentada, buscou-se um refinamento com vistas a identificar maior número de trabalhos relacionados à PNH.

Dessa forma, foi incluída a palavra “saúde” passando o descritor da pesquisa a ser “política, humanização, saúde”. Para este grupo de descritores foram encontrados 313 trabalhos. No entanto, foi identificado que alguns estudos que discutiam temáticas da saúde haviam sido excluídos dos resultados da pesquisa, o que fez este estudo manter a análise sobre os 538 trabalhos encontrados inicialmente⁵.

Para o terceiro grupo de descritores - “Formulação e Humanização” - foram encontrados 71 trabalhos e a maioria desses já havia sido classificada no primeiro grupo de descritores ou não mantinha correlação com o campo da saúde.

⁵ A exclusão de alguns estudos que discutiam a temática da saúde foi identificada uma vez que a minha dissertação de mestrado havia sido excluída na nova pesquisa.

Por fim, a investigação realizada no site SCIELO e no portal da CAPES confirmou a percepção inicial quanto a um incipiente número de pesquisas referentes à temática da formulação da PNH, contribuindo, assim, para confirmar a relevância e a justificativa da escolha do tema a ser explorado por esta tese.

A referida investigação também permitiu a identificação de artigos e produções importantes no campo da humanização, as quais embasaram as leituras e pesquisas para a elaboração dessa tese.

1.2. O DESENHO DA PESQUISA

A investigação traçada por esta tese quanto ao processo de formulação da PNH busca a compreensão qualitativa de como e porque a decisão de reposicionamento da humanização enquanto política pública foi articulada no Ministério da Saúde, à época do período recortado.

No estudo pretendido, a delimitação dos profissionais que compunham a Secretaria Executiva do Ministério, juntamente com o Ministro da Saúde determina a unidade de análise do estudo desta tese, caracterizando, assim, o governo, naquele contexto histórico, como o horizonte analisado.

A abordagem desta pesquisa centra-se na análise qualitativa dos dados, considerando que os estudos tradicionais sobre políticas públicas se baseiam em métodos quantitativos, de maneira geral, forçados a adotar um número limitado de variáveis explicativas, devido aos desafios técnicos e organizativos postos a essa abordagem. (FREY, 2000)

Nessa direção, uma abordagem qualitativa cabe ao presente estudo, pois tem como principal objetivo “compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados”. (MINAYO ET AL, 2005, p. 82)

Segundo Minayo (2005) a abordagem qualitativa considera uma relação dinâmica e inseparável entre a subjetividade dos participantes e o mundo que os cerca. Assim, a compreensão das relações e percepções vivenciadas pelos participantes constitui construtos essenciais à pesquisa de abordagem qualitativa, sendo esse o caminho eleito para a investigação nesta tese.

1.3. OS DIFERENTES PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Esta tese pautou sua pesquisa em três principais procedimentos para a coleta de dados, entre fontes primárias e secundárias: a pesquisa bibliográfica; a pesquisa documental referente à PNH e a pesquisa de campo através de entrevistas com atores-chave.

A pesquisa bibliográfica⁶ sobre humanização buscou a investigação de produções científicas, de diferentes atores, quanto ao campo em estudo. Nessa pesquisa foram priorizados aqueles que traziam debates quanto ao conceito, princípios e diretrizes, avaliação e desafios postos a essa política.

Cabe destacar que dentre as produções elencadas algumas eram de autoria dos atores-chave identificados e posteriormente entrevistados por esta tese. Nesses casos, a investigação não os elencou enquanto referência bibliográfica de apoio ao debate, mas como fonte que informa este estudo.

Em relação à pesquisa documental foram consideradas as produções técnicas quanto à formulação da PNH, também inscritas neste estudo como fonte de dados. Vale destacar que boa parte dessas produções foi elaborada pelos atores-chave do processo investigado, durante o período em que os

⁶ Embora o estudo exploratório tenha se pautado em dados bibliográficos é importante ressaltar que a pesquisa bibliográfica desta tese buscou outras fontes como livros e revistas. Cabe destacar que alguns dos autores identificados na pesquisa bibliográfica já haviam sido identificados na pesquisa realizada no SCIELO e no Portal da CAPES.

mesmos atuaram na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, ou em momento posterior, mas referindo-se ao recorte temporal deste estudo.

Dentre esses materiais está o relatório de atividades produzido pelo grupo da Secretaria Executiva do MS (BRASIL, 2004b), o relatório da oficina nacional HumanizaSUS: construindo a política nacional de humanização (BRASIL, 2003b) e o documento para discussão – HumanizaSUS - política nacional de humanização (BRASIL, 2003a), dentre outros.

A pesquisa de campo buscou identificar e entrevistar os atores-chave do processo analisado, os quais remetem ao Ministro da Saúde no momento de criação da PNH - Humberto Costa - e os gestores/profissionais que conduziram esse processo no âmbito do Ministério da Saúde.

Através de levantamento documental identificou-se a existência, naquele momento, de um núcleo técnico da Política Nacional de Humanização no interior da Secretaria Executiva. Assim, buscou-se entrevistar o Secretário Executivo/Vice-Ministro⁷ do Ministério da Saúde à época – Gastão Wagner de Souza Campos - bem como os profissionais da Secretaria Executiva que conduziram esse processo.

Assim, esse mapeamento dos atores-chave identificou o total de 10 profissionais, dos quais um era o já referido Ministro da Saúde, e os outros nove compunham a Secretaria Executiva do Ministério. Vale destacar que dentre esses, dois não estavam vinculados ao grupo de formulação da PNH, mas participaram dos debates referentes a esse processo.

Dos dez profissionais contatados foi possível realizar sete entrevistas⁸, em virtude de possibilidade de agenda para o encontro. Essas entrevistas foram realizadas no período entre dezembro de 2012 e maio de 2013.

⁷ O secretário executivo do Ministério da Saúde à época era também denominado de vice-ministro, uma vez que tinha como uma de suas atribuições - junto ao ministro da saúde - o planejamento interno do Ministério.

⁸ A tese apresentará lista com os nomes dos profissionais entrevistados, a título de informar os atores-chave, bem como qualificar a pesquisa e conferir relevância àqueles que se propuseram contribuir com as análises desse estudo – Apêndice I

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado⁹ e foram gravadas após consentimento dos entrevistados. Segundo Minayo et al (2005), a abordagem semiestruturada permite a combinação de perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado informar sobre o tema investigado sem se prender unicamente à pergunta formulada.

A elaboração do roteiro semiestruturado teve como objetivo que este se pusesse como instrumento de “orientação e guia para o andamento da interlocução (...) de tal forma que permita flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância” (SOUZA, EDINILSA ET AL, 2005, p. 136).

Cabe destacar que a condução das entrevistas seguiu a premissa posta à formulação do roteiro semiestruturado. Deste modo, nos encontros com os atores-chave a flexibilidade e maleabilidade, com que as linhas de investigação foram delineadas no roteiro permitiram um discurso livre e o surgimento de temáticas que não haviam sido elencadas inicialmente.

Vale ressaltar que o projeto de pesquisa que deu origem a esta tese foi submetido ao Sistema CEPE/CONEP, tendo sido aprovado pelo parecer nº118.463 de 05/10/2012. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹⁰. Com o objetivo de que os atores-chave tenham suas identidades preservadas nas análises e considerações formuladas por este estudo, os trechos transcritos não serão acompanhados da identificação do nome do entrevistado, mas seguirão numeração de ‘Entrevistado 1 a 14’, na qual cada entrevistado receberá dois números, escolhidos de maneira aleatória.

A escolha pela numeração de 1 a 14 se justifica uma vez que as transcrições de trechos das entrevistas, pelo caráter autoral, poderiam deduzir correlações com as produções teóricas e/ou posicionamentos de cargos que ocupavam no MS à época da formulação da PNH. Assim, no caso de o leitor inferir correlação de um dos entrevistados com um número único no trabalho,

⁹ Roteiro semiestruturado - Apêndice II

¹⁰ O TCLE utilizado por esse estudo encontra-se no Apêndice III

este lhe permitiria acompanhar as demais transcrições de trechos de sua entrevista ao longo do estudo.

A abordagem no tratamento dos dados coletados nas entrevistas buscou metodologia similar àquela empregada nos trabalhos do SCIELO e Portal da CAPES.

Cada uma das entrevistas foi transcrita e seu conteúdo submetido inicialmente a uma leitura livre. Mediante a compreensão de que as linhas de análise desta tese estavam desenhadas, mas não hermeticamente definidas antes das entrevistas, o primeiro tratamento aos dados se ateve à identificação dos principais eixos dialogados com os atores-chave.

Nesse tratamento foi possível identificar os dados referentes às linhas de análise inicialmente propostas para este estudo, mas também, cabe destacar, que novas linhas discursivas foram introduzidas pelos atores-chave durante as entrevistas, qualificando o conteúdo a ser apresentado por esta tese.

Assim, os eixos identificados pela leitura livre das entrevistas foram inicialmente distribuídos em doze¹¹ dimensões. Essas dimensões foram sublinhadas por cores que as diferenciavam, buscando linhas transversais discursivas que permearam as sete entrevistas transcritas.

Essas dimensões “coloridas” foram posteriormente agrupadas, constituindo-se, assim, em um trabalho bastante extenso e minucioso que buscou articular as falas dos entrevistados aos eixos discursivos propostos para a análise nesta tese, bem como aos “novos” eixos delineados a partir das entrevistas.

Assim, pactuando do entendimento de que os dados a serem apresentados em estudos científicos são, sempre, recortes temporais de uma

¹¹ As doze dimensões inicialmente trabalhadas foram: perfil dos atores e conhecimento prévio; contexto do Ministério da Saúde e governo de transição; fatos que impressionaram os atores na chegada ao Ministério; elementos/etapas que constituíram a formulação da PNH; Ideias trazidas pelos atores; por que o PNHAH e manutenção do nome humanização na política; estratégias junto a estados e municípios; resistências e apoios; método da PNH; reposicionamento conceitual da humanização; desafios e oportunidades; portaria.

realidade, contada por atores que emprestam suas percepções e subjetividades aos dados coletados nas entrevistas, este estudo apresentará o processo de formulação da PNH a partir do entrecruzamento dos dados coletados com os atores-chave e documentos técnicos e científicos por eles produzidos.

Cabe aqui destacar a complexidade que reveste o campo das políticas públicas cujo processo decisório é atravessado por interesses diversos, no caso da presente tese a opção metodológica foi ouvir aqueles atores sociais que conduziram o processo de construção da PNH, no período temporal aqui examinado.

De certo, essa escolha traz implicações para os resultados aqui produzidos, o que coloca a relevância de que em estudos futuros outros atores sociais (da mesma ou de diferentes secretarias do Ministério da Saúde) sejam convidados ao debate, na medida em que se entende que poderão imprimir outras percepções e subjetividades frente aos dados que serão apresentados por esta tese.

1.4. A ABORDAGEM TEÓRICA NO CAMPO DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para o estudo que se pretende desenvolver nessa tese considerou ser relevante a compreensão de que a metodologia de análise de políticas, à qual este estudo se propõe, difere da abordagem de avaliação de políticas públicas.

Em linhas gerais a metodologia avaliativa busca estabelecer uma relação causal entre os objetivos previamente definidos e o alcance das metas estipuladas, conforme descrevem Viana e Baptista (2008, p.80):

“a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões; refere-se ao processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, visando a subsidiar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso”

Entretanto, apesar de considerar a relevância dos estudos avaliativos no campo das políticas públicas brasileiras e o seu crescente avanço nessa área, o tema proposto para esta tese não mantém articulação metodológica com a proposta avaliativa.

Isso é posto por não se pretender, com o estudo do processo de formulação da PNH, produzir julgamento de valor sobre a condução e os caminhos eleitos pelos atores-chave, mas, sobretudo buscar-se compreender os motivos, os “como” e “por que” essa política foi formulada.

Cabe destacar que o conceito de análise de políticas pode variar dependendo do autor consultado. No entanto, essa categoria pode ser entendida como um conjunto de conhecimentos que abrange as diversas disciplinas das ciências humanas e sociais (PINHEIRO, 2009), buscando para tanto considerar a complexidade do campo a ser analisado.

A metodologia analítica também se fundamenta na medida em que, nos estudos voltados ao campo da humanização, o entendimento é de que “a avaliação se faz não por aplicação de valores sobre uma determinada realidade, mas por construção coletiva de valores comuns, com os quais a realidade, ela própria, se modifica”. (PASSOS e BENEVIDES ET AL, 2008, p. 216)

Entendendo-se que “a realidade não está pronta para ser apreendida, avaliada. O sujeito, tampouco, está pronto para apreendê-la. Realidade e sujeito coproduzem-se e, sendo assim, a avaliação também é produção”. (PASSOS E BENEVIDES, 2009, p. 17), os estudos nesse campo direcionam-se à compreensão dos diferentes fatores que influenciam o campo pesquisado.

Assim, diante do entendimento de que a metodologia analítica constitui a matriz que mais se aproxima dos objetivos traçados por esta tese, cabe destacar pontos relevantes quanto à análise do processo de formulação de políticas públicas.

Lobato (1997, p.41) nos informa que no nível de formulação de políticas públicas interesses diversos interagem mutuamente, representando

vários setores, dentre estes o Estado. Nesse contexto o Estado se constitui “tanto arena quanto também ator, a partir ou para onde são canalizadas demandas”.

Cabe assim ressaltar que as “políticas não são formuladas em condições de irrestrita liberdade”, uma vez que a formulação do seu desenho e objetivos constitui um processo de negociação. Tal processo reflete as possibilidades de que acordos sejam firmados durante o momento decisório. (ARRETCHE, 2001, p.50)

Quanto ao fato de demandas serem ou não consideradas nos processos de formulação de políticas públicas, cabe ressaltar que essa consideração não depende exclusivamente de movimentações de aproximação ou repulsa pelo Estado. Nesse processo deve ser considerada a capacidade dos diferentes atores sociais em conquistar espaços, assim como a adesão de outros atores, representados ou não no aparelho estatal. (LOBATO, 1997)

No entanto, frente à complexidade posta ao processo analítico de formulação de políticas públicas é relevante ressaltar que “se parte importante da tarefa do cientista é duvidar, com frequência a fonte dos questionamentos é a pesquisa empírica que, ao abordar uma realidade complexa, plural e heterogênea, não permite a sua redução a fórmulas simples e, no geral, resiste a análises e marcos teóricos já estabelecidos”. (COHN ET AL, 2010, p. 7)

Assim, compreende-se a impossibilidade em afirmar que uma única teoria possa explicar os motivos e os caminhos pelos quais uma determinada política é adotada. (LABRA, 1999)

Tal discussão complementa-se com o entendimento de que mesmo que múltiplas teorias sejam chamadas ao debate, nem sempre a totalidade de suas proposições mantém correlação positiva com o processo em análise. Assim, pretende-se afirmar que nem sempre as teorias, mesmo combinadas entre si, traduzem em suas concepções o “mundo real” com o qual a pesquisa científica dialoga. Torna-se essencial, nesse sentido, que sejam destacados das referências teóricas, os principais elementos que auxiliam na análise política proposta.

Para tanto, coube a esta tese a eleição de elementos de diferentes teorias estudadas. Tal eleição se deu com base no trabalho empírico, e não em simpatia a determinado marco analítico, que adotado a priori, modelasse o tratamento dos dados. Em outras palavras diversos autores haviam sido estudados antes da realização das entrevistas, no entanto, nenhuma teoria de análise de políticas foi previamente determinada, na medida em que se compreende que a realidade analisada não deve ser “encaixada” a um determinado modelo teórico de análise de políticas públicas.

Assim, os dados coletados na pesquisa de campo informam a singularidade do contexto, direcionando a seleção de elementos discursivos em cada um dos modelos teóricos considerados no debate. Nessa direção, o empírico informa a trajetória para a análise teórica e não o inverso. Esse foi o caminho eleito por esta tese.

Tal direção de trabalho permitiu a eleição de autores que não mantinham concordância¹² em todas as suas proposições no campo da análise de políticas, mas que contribuíram de maneira significativa com discussões que dialogaram com os dados encontrados na pesquisa de campo deste estudo.

Nesse sentido, foram eleitos elementos de dois modelos de análise de políticas públicas: a Coalizão de Defesa de Sabatier e Jenkins-Smith; e o Modelo do Multiple Stream de John Kingdon.

¹² Os autores John Kingdon e Sabatier e Jenkins-Smith, dos quais foram eleitos elementos de discussão de suas teorias, não mantinham concordância quanto ao modelo de “garbage can”. Kingdon concordava com a proposição e Sabatier e Smith mantinham posicionamento contrário.

1.4.1 MODELO DE COALIZÃO DE DEFESA

O modelo de Coalizão de Defesa (*Advocacy Coalition*) foi desenvolvido por Sabatier e Jenkins-Smith para estudar a formulação e os processos pelos quais as políticas públicas mudam ao longo do tempo. Para esses autores a Coalizão de Defesa se caracteriza pela composição de comunidades semiautônomas, que compartilham internamente de um conjunto de crenças. Dessas comunidades participam membros do governo, grupos de interesse, grupos de especialistas, partidos políticos entre outros autores.

É justamente esse compartilhamento de crenças que possibilita a coesão do grupo, sendo ainda possível, que em um mesmo subsistema político possa ser identificada “uma coalizão dominante com uma ou mais ‘coalizões de defesa’ menores”. (BRAVIN, 2008, p. 28)

Nessa perspectiva, em virtude das posições políticas fundamentais dos atores que compõem uma coalizão, e com o entendimento de que coalizões menores podem ser formadas em um mesmo subsistema político, nem sempre haverá grande consenso, quanto aos aspectos instrumentais e secundários, dentro de uma mesma coalizão. (BRAVIN, 2008)

Dessa forma, a política pública é compreendida como “um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articulam com os acontecimentos externos, os quais são os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada dada política”. (SOUZA, 2007, p. 75)

Em direção semelhante, Labra (1999) sistematiza a concepção de que políticas públicas emergem da formação de coalizões capazes de unir atores, com recursos e interesses similares, para desenvolver políticas semelhantes.

Levando-se em conta esse aspecto, a análise de políticas públicas deve considerar “a força, durabilidade, unidade e sucesso de cada um dos blocos principais na formação de coalizões, esperando-se que as políticas variem no tempo entre os países e ao interior deles, segundo a força partidária e o controle do governo”. (LABRA, 1999, p. 148)

Conforme discutido por Souza (2007), Sabatier e Jenkins-Smith discordam da visão da política pública trazida pelo ciclo da política e pelo “garbage can”¹³, pois entendem que estes aportam escassa capacidade explicativa sobre os motivos pelos quais as mudanças ocorrem nas políticas públicas.

Por defenderem as crenças, valores e ideias como importantes dimensões a serem consideradas, nos processos de análise de formulação de políticas públicas, esses autores discordam dos modelos do ciclo das políticas e do “garbage can”, pois, em geral, nesses, tais dimensões são ignoradas. (SOUZA, 2007)

1.4.2 MODELO MÚLTIPLOS FLUXOS

John Kingdon (2003 [1984]) compreende as políticas públicas como um conjunto articulado de quatro principais processos: a formação de uma agenda de políticas públicas; as alternativas para a formulação das políticas públicas, a escolha dominante entre o conjunto de alternativas disponíveis e, finalmente, a implementação da decisão.

O modelo de múltiplos fluxos (*MultipleStreamModel*) desenvolvido por Kingdon centra sua análise nos dois primeiros processos, denominados pelo autor de pré-decisórios, sendo estes: a formação da agenda (*agenda setting*) e as alternativas para a formulação das políticas (*policyformulation*). (KINGDON, 2003 [1984])

Capella (2006) ressalta que abordagens como a do modelo Multiple Stream, destacam a centralidade nas ideias, nas interpretações e na

¹³ O modelo *garbage can* ou “lata de lixo”, desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972) advoga que soluções procuram problemas. As escolhas compõem um *garbage can* no qual vários tipos de soluções são colocadas pelos participantes. Essa abordagem foi aplicada por Kingdon, combinando também elementos do ciclo da política pública, em especial a fase de definição de agenda (*agenda setting*).

argumentação presentes na formulação de políticas públicas, auxiliando na compreensão da dimensão simbólica desse processo.

Para a análise do estágio pré-decisório - formação da agenda e alternativas para a formulação das políticas - Kingdon ressalta três principais fluxos decisórios que convergem em certo momento, sendo as mudanças na agenda possibilitadas por tal convergência.

Assim, para Kingdon a entrada de novas temáticas na agenda é o resultado da convergência de três fluxos: os problemas (*problems*); as soluções ou alternativas (*policies*); e política (*politics*).

No primeiro fluxo - fluxo de problemas (*problems streams*) - o modelo proposto por Kingdon busca analisar, de que forma as questões são reconhecidas como problemas, e por quais motivos essas passam a ser consideradas na agenda governamental.

O entendimento é que uma questão passa a fazer parte da agenda governamental quando desperta a atenção e o interesse dos formuladores de políticas. No entanto, em virtude da complexidade e do volume de questões que se apresentam, apenas algumas delas serão realmente consideradas. (CAPELLA, 2006)

“Para Kingdon, um tema surge como prioritário apenas em determinadas circunstâncias, após uma maturação do processo político e em uma situação específica, ou seja, os problemas podem existir e serem identificados como relevantes para o interesse público, mas não entram na agenda política do Estado”. (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 75)

Nessa direção, o modelo descreve que questões sociais passam a ser identificadas como problemas por meio de três mecanismos básicos: (a) indicadores; (b) eventos, crises e símbolos; (c) feedback das ações governamentais. (CAPELLA, 2006)

Cabe destacar, que o autor explica que esses mecanismos não se caracterizam enquanto problemas a compor a agenda governamental, mas constituem-se importantes sinalizadores no caminho para a identificação de problemas. Assim, uma questão social pode se destacar entre os formuladores

de políticas, transformando-se em um problema a ser considerado na agenda governamental.

Kingdon introduz a noção de “agenda” para designar o espaço de constituição da lista de assuntos e problemas que chama a atenção do governo e da sociedade em um determinado tempo e espaço. (VIANA E BAPTISTA, 2008, p. 75)

No segundo fluxo – fluxo de soluções ou alternativas (*polycystream*) - o modelo considera que ideias produzidas não estão relacionadas à percepção de problemas específicos. (KINGDON, 2003 [1984])

Para o autor as comunidades que produzem alternativas (*policycommunities*) são compostas por especialistas – pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos, analistas pertencentes aos grupos de interesse, entre outros – que compartilham uma preocupação em relação a uma determinada área.

Entretanto, não se pretende afirmar que “todos os especialistas de uma comunidade compartilhem das mesmas crenças: algumas comunidades são extremamente fragmentadas, abrigando pontos de vista bastante diversificados”. (CAPELLA, 2006, p. 28).

No terceiro fluxo - fluxo de políticas (*politicalstreams*) - o modelo busca descrever que as coalizões são construídas a partir de um processo de barganha e negociação política. Nesse fluxo três elementos devem ser considerados, pois interferem de maneira importante na entrada de uma temática na agenda governamental: o “clima nacional” (*nationalmood*); as forças políticas organizadas; e as mudanças dentro do próprio governo. (CAPELLA, 2006)

O primeiro elemento denominado por Kingdon de “clima nacional” (*nationalmood*) é caracterizado por uma situação na qual grupos compartilham questões semelhantes por um determinado recorte temporal. O “clima nacional” “possibilita algo semelhante ao “solo fértil” para algumas ideias “germinarem”,

ajudando a explicar o porquê de algumas questões chegarem à agenda enquanto outras são descartadas”. (CAPELLA, 2006, p. 29)

O segundo elemento que é composto pelas forças políticas organizadas, especialmente pelos grupos de pressão, sinaliza os consensos ou conflitos numa arena política. Tais percepções de apoio ou repulsa permitirão aos formuladores de políticas a avaliação quanto ao ambiente propício a uma determinada proposta. (CAPELLA, 2006)

O terceiro elemento abordado por Kingdone que deve ser considerado quando do entendimento dos fatores que afetam a agenda governamental, são descritos pelo autor como as mudanças dentro do próprio governo (*turnover*).

As mudanças dentro de um governo podem estar relacionadas: à alteração de pessoas em posições estratégicas dentro da estrutura governamental; às mudanças de gestão; às mudanças na composição do Congresso; além de às mudanças na chefia de órgãos e de empresas públicas. (Capella, 2006). Essas movimentações devem ser consideradas, na medida em que:

“podem exercer grande influência sobre a agenda governamental ao desencadearem mudanças que potencializam a introdução de novos itens na agenda, ao mesmo tempo em que podem também bloquear a entrada ou restringir a permanência de outras questões. O início de um novo governo é, segundo Kingdon, o momento mais propício para mudanças na agenda”. (CAPELLA, 2006, p. 29)

No entanto, apesar de referenciar os três elementos apresentados, Kingdon confere destaque especial ao clima nacional e às mudanças dentro do governo, como os elementos que usualmente promovem transformação na agenda governamental. (CAPELLA, 2006)

JANELAS DE OPORTUNIDADES

Na obra de Kingdon (2003 [1984]), a formação e as alterações na agenda governamental ocorrem em momentos específicos, possibilitados pelo que o autor denomina de “janelas de oportunidades”. (*policywindows*)

Essas janelas de oportunidade estão associadas, segundo o autor, à convergência dos três fluxos, com destaque, sobretudo, às mudanças provocadas pelo fluxo de problemas (*problemsstream*) e ao fluxo político (*politicsstream*). (CAPELLA, 2006)

Assim, as “mudanças nas agendas acontecem, portanto, quando os três fluxos são unidos, processo denominado por Kingdon como *coupling*. O *coupling* ou junção dos fluxos, por sua vez, ocorrem em momentos em que as *policywindows* se encontram abertas”. (CAPELLA, 2006, p.30)

Para Kingdon uma das características das janelas de oportunidades é o seu caráter transitório, ou seja, a oportunidade de entrelaçamento dos três fluxos, que promove a oportunidade de mudança na agenda governamental, cessa quando um dos fluxos se desarticula dos outros dois. (CAPELLA, 2006)

Outro componente fundamental sem o qual não há possibilidade de mudança nas agendas é a atuação dos empreendedores de políticas (*policyentrepreneurs*). (KINGDON, 2003 [1984])

Esses indivíduos podem compor o governo, ocupando altos postos ou em funções burocráticas, ou ainda fora dele, em grupos de interesse na comunidade acadêmica ou na mídia.

“Desempenham um papel fundamental, unindo soluções a problemas; propostas a momentos políticos; eventos políticos a problemas (...) É indivíduo especialista em uma determinada questão, geralmente com habilidade em representar ideias de outros indivíduos e grupos; ou ainda que desfruta de uma possibilidade de autoridade dentro do processo decisório, característica que faz com que o processo de formulação de políticas seja receptivo a suas ideias”. (CAPELLA, 2006, p.31)

Há ainda outro fator que contribui decisivamente para a entrada de uma questão na agenda governamental, e para o desenho de alternativas para a formulação de políticas: os diferentes atores envolvidos nesse processo.

No modelo desenvolvido por Kingdon é central “a ideia de que alguns atores são influentes na definição da agenda governamental, ao passo que outros exercem maior influência na definição de alternativas”. (CAPELLA, 2006, p. 32)

O autor descreve dois grupos de atores a serem considerados: os visíveis e os invisíveis. O grupo de atores visíveis refere-se àqueles que recebem considerável atenção da imprensa e do público, enquanto o grupo de participantes invisíveis representa as comunidades nas quais as ideias são geradas e postas em circulação.

Os atores visíveis influenciam de maneira importante a composição da agenda, sendo considerados nesse grupo, “os indivíduos nomeados pelo presidente nos altos escalões da burocracia governamental, como ministros e secretários-executivos de ministérios”. (CAPELLA, 2006, p. 33).

Além de inserirem novas ideias na agenda, esses atores contribuem para a focalização de uma questão já existente. “A alta administração, de uma forma geral, é central ao processo de *agenda setting*, embora de forma semelhante à atuação presidencial, tenha menor controle sobre o processo de seleção de alternativas e de implementação”. (CAPELLA, 2006, p. 33)

Dentre o grupo de atores visíveis também podem ser encontrados aqueles do Poder Legislativo, como senadores e deputados, atores participantes do processo eleitoral, principalmente partidos políticos e *campaigner* de grupos de interesse de diferentes frentes.

O grupo de participantes invisíveis é representado por servidores públicos, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores. Os servidores públicos influenciam mais na geração de alternativas e no processo de implementação de políticas do que na formação da agenda governamental.

“Um secretário executivo, nomeado para um ministério, por exemplo, ocupa uma posição de grande influência na formulação da agenda, mas consulta os funcionários de carreira com relação às alternativas disponíveis para uma política e solicita seu apoio para elaborar as propostas de ação, uma vez que os burocratas de carreira são especialistas nos meandros técnicos e administrativos daquele ministério”. (CAPELLA, 2006, p. 35)

Para essa autora o grupo de participantes invisíveis é em geral chamado a opinar em comissões especiais no Legislativo ou nos altos escalões do Executivo, além de prestar consultorias nas quais se difundem ideias entre os formuladores de políticas governamentais.

A atuação desses participantes está, de maneira geral, mais relacionada à elaboração de alternativas, uma vez que quando:

“uma questão ascende à agenda governamental, os formuladores de políticas voltam-se para comunidades que podem ser relevantes na proposição de soluções para os problemas. Assim, ideias geradas na comunidade acadêmica são disseminadas entre os atores influentes no processo de agenda setting”. (CAPELLA, 2006, p. 35)

Diante dessas considerações é possível afirmar que o modelo analítico proposto por Kingdon, não compreende o desenvolvimento de políticas como um processo de estágios sequenciais e ordenados, típicos da abordagem tradicional do ciclo de políticas¹⁴. Por tal motivo, a abordagem proposta por Kingdon tem recebido críticas de diferentes ordens. Autores como Sabatie afirmam que o modelo de Múltiplos Fluxos é muito fluido em sua estrutura e operacionalização. (CAPELLA, 2006)

Em resposta às críticas à fluidez de seu modelo, segundo Capella (2006, p. 38), Kingdon afirma que o mesmo “é estruturado, mas que há também espaço para uma aleatoriedade residual, como acontece no mundo real”. O modelo, dessa forma, mais procuraria oferecer ferramentas para

¹⁴ O ciclo de políticas públicas percebe a política como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios, sendo esses: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação. (Souza, 2007)

compreensão desses processos, do que concentrar seus esforços na previsão de eventos futuros.

Kingdon também responde às críticas quanto à independência dos três fluxos e à adesão ao modelo de “*garbage can*”, apresentando assim um modelo fluido e que se propõe à percepção dos diversos processos que operam na realidade em que as políticas públicas são formuladas. (KINGDON, 2003 [1984])

Nesta tese, elementos presentes nas abordagens de Coalizão de Defesa de Sabatier e Jenkins-Smith, e do modelo de múltiplos fluxos proposto por Kingdon, parecem apresentar um fecundo potencial analítico para a compreensão do processo de construção da PNH em seus anos iniciais (2003-2004).

O próximo capítulo se dedicará a apresentar em linhas gerais a trajetória da temática da humanização no campo da Saúde Pública a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, considerada um marco no processo da reforma sanitária brasileira. Também será focado o texto orientador da PNH, publicado em 2004, com o intuito de apresentar os seus principais conteúdos.

CAPÍTULO 2

DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À PNH:

A HUMANIZAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

O segundo capítulo desta tese tem como objetivo apresentar o debate da humanização no campo da Saúde Pública do país, mantendo nessa discussão correlação com o processo de formulação da PNH. Nessa perspectiva, foram eleitos dois principais eixos discursivos para o debate.

O primeiro eixo se direciona à apresentação de importantes pontos na trajetória da humanização pelo campo da Saúde Pública brasileira. Para tanto, foi realizada análise dos relatórios finais de cinco Conferências Nacionais de Saúde, abrangendo desde a VIII Conferência à XII Conferência.

A escolha por iniciar a análise pela VIII Conferência Nacional de Saúde se deve ao fato de que esse foi importante locus de debate e construções provenientes do movimento de reforma sanitária no país. A decisão pelos relatórios finais das cinco Conferências Nacionais de Saúde citadas se justificou pelo entendimento de que, apesar de não representarem a totalidade ou mesmo o consenso dos debates, estes documentos, constituem importante resumo das principais linhas mestras debatidas.

Além das Conferências serão apresentadas iniciativas de projetos e programas relacionados à humanização em saúde, antecedentes ao processo de formulação da PNH.

O segundo eixo se propõe a apresentar os principais elementos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS¹⁵, com destaque para seus princípios e diretrizes.

¹⁵ Nesta sessão serão utilizados dois documentos para dialogar com os elementos encontrados nos relatórios das Conferências Nacionais, sendo esses: HumanizaSUS: política nacional de humanização - A humanização com eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS (2004a) e HumanizaSUS: política nacional de humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS (2004c)

2.1. A TRAJETÓRIA DA HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

As Conferências Nacionais de Saúde são espaços de intenso debate e proposição de direcionamentos para o sistema público de saúde do país. As diversidades do cotidiano das práticas e de gestão do SUS encontram-se representadas nesse espaço, que se propõe enquanto locus problematizador e de controle social.

A aposta em um debate com representantes de diferentes esferas e inserções no sistema de saúde permite a construção crítica de saberes, proposições e vetos que alimentam o fio condutor da política de Saúde Pública no país¹⁶.

Nessa perspectiva, pela sua importância e por compreender ser esse o espaço privilegiado de problematização sobre a Saúde Pública brasileira, este estudo realizou investigação buscando debates/propostas relacionadas ao tema da humanização nas Conferências.

A análise dos relatórios finais permitiu identificar que em todas as Conferências estudadas o tema da “humanização em saúde” foi abordado. No entanto, apesar de nem sempre serem nomeados como “humanização”, alguns dos principais elementos que compõem a PNH já permeavam os debates da Saúde Pública no país.

Além dos dados coletados dos relatórios finais das Conferências serão apresentados projetos e programas relacionados à humanização que vinham sendo propostos às práticas em Saúde Pública. Para tal apresentação, foi realizada busca de produções bibliográficas que informassem sobre o tema.

Os dados coletados das Conferências, bem como das produções bibliográficas referentes a estratégias de humanização serão apresentados neste estudo mediante ordem cronológica de acontecimento.

¹⁶ Cabe ressaltar que até a VIII Conferência Nacional de Saúde esta se constituía como um fórum exclusivamente governamental. O contexto de redemocratização do país abre espaço para outros atores sociais nas Conferências Nacionais de Saúde.

É relevante considerar, conforme será apresentado nos capítulos seguintes, que o movimento de formulação da Política Nacional de Humanização é compreendido, pelos atores chave entrevistados, como um processo inovador no campo da Saúde Pública.

Nesse sentido, nas análises dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, não se pretendeu identificar traços ou antecedentes da PNH, mas debates que vinham sendo gestados no campo da Saúde Pública que se aproximassem de discussões mais humanitárias e qualitativas nas práticas de assistência e gestão.

2.1.1 VIII Conferência Nacional de Saúde

Iniciando a análise pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, é relevante apresentá-la e reafirmá-la enquanto locus de reverberação dos debates que vinham sendo aclamados pelo movimento da reforma sanitária brasileira.

Durante todo o relatório final da Conferência, observa-se o debate acerca de alguns dos principais pilares de sustentação do sistema público de saúde do país. Integralidade, universalidade, descentralização, entre outros princípios foram largamente debatidos nos dias em que a Conferência ocorreu em Brasília.

A compreensão de que a saúde não mais poderia ser percebida apenas como desordens orgânicas, demonstra a permeabilidade histórica para concepções de atenção à saúde pautadas na multilateralidade. Assim, como afirma o relatório, dentre as diversas concepções de saúde pode-se apontar que, “em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (...)”. (BRASIL, 1986, p.4)

Mediante tal entendimento, o relatório complementa que “(...) emerge a ideia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir: trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho (...)”. (BRASIL, 1986, p.5)

O direito ao “amplo conhecimento e controle” por parte dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho nos remete ao debate quanto à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos nos processos de produção de saúde, que seriam posteriormente postos pela PNH. O embrião desse debate, também nos remete à discussão pautada, em anos seguintes, pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)¹⁷.

A “utilização da informação, da comunicação, da Educação Permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2004a, p.10) apresentados como elementos essenciais às práticas de assistência e gestão pela PNH, destacam a relação com o debate da VIII CNS.

A construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS e o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e de sujeitos (PNH, 2004a) são princípios dessa política que também podem ser identificados nos debates que circularam na VIII Conferência. Dentre eles, destaca-se aqui aquele que descreve a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida”. (BRASIL, 1986, p. 11)

De fato, o usuário do sistema no centro do debate e a direção de autonomia no processo de escolha das terapêuticas a serem utilizadas no cuidado à sua saúde, podem ser entendidas como inovações, que já em 1986, vinham sendo reivindicadas para o sistema de saúde.

¹⁷A PNEPS instituída pela portaria n°198 de 13 de fevereiro de 2004 se constituiu enquanto estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde. Em 20 de agosto de 2007 a portaria n°1996 apresentou as diretrizes para a implementação da política, bem como traçou novos contornos à sua dimensão no sistema público de saúde do país.

Não sem propósito, esse movimento vinha se construindo em bases de luta política que também alcançava os pilares do novo sistema de saúde que se propunha. Vale lembrar que esse é um período histórico ímpar para o Brasil, de abertura e transição política para democracia.

Todavia, apesar de o contexto favorecer o debate em torno da abertura democrática, grande avanço deve ser reconhecido e valorizado quanto à busca pela democratização de relações no sistema público de saúde, desenhados na VIII CNS. Nesses termos torna-se relevante considerar que a “autonomia e protagonismo dos sujeitos”, somente possíveis quando pautados em contextos democráticos, já surgiam nos debates políticos e técnicos de construção das bases do sistema público de saúde no país.

Há outros tópicos que poderiam ser observados e que seriam passíveis de correlação com elementos da PNH, como o “(...) direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente”. (BRASIL, 1986, p.11) o qual pode ser correlacionado ao princípio da PNH que referencia a “dimensão subjetiva e social em todas as práticas de gestão”. (PNH, 2004a, p.9)

Mais do que descrever pontualmente cada um dos possíveis berços de discussão de propostas relacionadas ao “campo da humanização”, é essencial demarcar que alguns dos principais projetos já se encontravam postos nas discussões de usuários, profissionais e gestores do sistema de saúde, antes mesmo da promulgação das bases legais que fundaram o SUS.

Na esteira de debates, tornou-se importante revisitar as demais Conferências nacionais de saúde com vistas a identificar, nos anos que seguiram à promulgação das bases legais do SUS, pontos de inflexão com a PNH.

2.1.2. IX Conferência Nacional de Saúde

Ressalta-se que a IX Conferência Nacional de Saúde teve como principal tema de discussão “Saúde: Municipalização é o caminho”. Realizada entre os dias 9 e 14 de agosto de 1992, em Brasília, é possível identificar nos debates que ocorreram nessa Conferência, que a humanização ganha maior destaque e que muitas das propostas a entendem como direção fundante de um sistema de saúde qualificado.

A referida Conferência se constituiu essencial aos caminhos do recém promulgado sistema público de saúde no país, na medida em que reforçou o caminho da descentralização, municipalização e participação social como diretriz essencial para a consolidação do sistema.

Vale ressaltar que o contexto em que ocorre a IX CNS encontrava-se marcado pelos movimentos em prol do impeachment do primeiro presidente eleito pelo voto direto, Fernando Collor de Mello. O relatório descreve o contexto político à época, enfocando os problemas vivenciados no recém-nascido sistema de saúde do país. Uma das conclusões a que o relatório se refere descreve a “(...) má qualidade do atendimento, do ponto de vista técnico e de relações humanas”. (BRASIL, 1993, p.17)

Como pode ser observado, a qualidade do atendimento, no trecho apresentado, vem mensurada por duas principais vertentes: técnica e relacional. A inclusão da dimensão relacional enquanto analisador da qualidade do atendimento prestado, nos remete à relevância que tal construção toma no contexto em questão.

Na mesma direção, mesmo que ainda em bases pouco problematizadoras quanto ao seu termo, a humanização é citada no relatório no seguinte contexto: “(...) assegurar a modernização da gestão da seguridade social e a ampliação, melhoria e humanização dos serviços, criando para tanto, entre outras iniciativas, um fundo de modernização e o cartão de seguridade social”. (BRASIL, 1993, p.22)

Afirma-se aqui o caráter pouco problematizador com que o termo humanização foi empregado, na medida em que o mesmo foi relacionado à modernização e a ações pontuais no interior do sistema de saúde. Entretanto, é imprescindível ressaltar que a humanização foi item do debate na Conferência e indicada como alguns de seus encaminhamentos, fato que revela o destaque e importância conferidos ao tema naquele momento.

Também ressalta-se o movimento de reforma psiquiátrica que ganhava espaço e se fortalecia não somente nos debates da Conferência, mas principalmente nos diversos palcos do sistema de saúde do país.

Na IX Conferência foi aprovada a proposta de reforma psiquiátrica, sendo este um dos debates caros à PNH.

“Foi aprovada a proposta de reforma psiquiátrica com a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por uma rede de serviços diversificada e qualificada de atenção à saúde mental, através das unidades básicas de saúde, hospital dia, hospital noite, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativa, lares abrigados, emergências, leitos e enfermarias de saúde mental em hospital geral, proibindo-se a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos, bem como a contratação pelo poder público de novos leitos em hospitais psiquiátricos privados, reorientando a verba a eles destinada para o investimento na implantação do modelo anti-manicomial”. (BRASIL, 1993, p.25)

2.1.3. X Conferência Nacional de Saúde

A X Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996, em Brasília, teve como um dos principais debates o movimento de estruturação do modelo de atenção à saúde que vinha sendo implementado no país.

Nesse mesmo ano, foi criada a Norma Operacional Básica do SUS - NOB 96 (Brasil, 1996), que tinha como finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do distrito federal, da função de gestor da atenção à saúde em seu território”. Para tanto, apresentou

redefinições das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União.

No esteio do processo de municipalização que viria a ser reforçado pela NOB 96, é interessante resgatar a descrição entusiasmada feita pelo relatório final dessa Conferência: "(...) na intensificação dos esforços de fazer o SUS acontecer ao nível da gestão municipal e microrregional, (...) expresso na frase que empolgou a plenária da X Conferência Nacional de Saúde: 'Onde dá SUS, dá Certo!'" (BRASIL, 1998, p.11)

O que é relevante destacar se refere à expressão "Onde dá SUS, dá Certo", caracterizando a crença e confiança no Sistema Único de Saúde do país. Não obstante, uma expressão bastante similar seria considerada pelos debates de formulação da PNH, na medida em que esta adota o slogan "O SUS que dá certo".

Tal articulação de ideias é fundamental de ser abordada por este estudo, visto que os debates sobre a humanização, como se delineiam no processo de formulação da sua política, não se distanciam da crença nas potencialidades do sistema público de saúde do país.

A discussão acerca da humanização é apresentada em diversos pontos do relatório da X CNS, apontando para a necessidade de a humanização permear o campo da Saúde Pública do país, mesmo que ainda em bases discursivas menos problematizadoras do que aquelas que seriam defendidas pela PNH: "(...) resgate da solidariedade humana e dos aspectos afetivos do homem e da mulher, contrapondo-se a uma sociedade consumista, excludente e individualista". (BRASIL, 1998, p.19)

Em referência às relações de trabalho em saúde, o relatório novamente aponta a humanização como potencial transformador dos espaços de trabalho em saúde, especialmente relacionados à gestão do sistema.

Modificações em prol de uma nova concepção de gestão em saúde são abarcadas pelo relatório final da Conferência. O entendimento de que "os gestores do SUS devem implementar estratégias permanentes para

desenvolver o compromisso ético e solidário dos trabalhadores em saúde, visando humanizar e melhorar a qualidade no atendimento ao usuário do SUS” (BRASIL, 1998, p.65) demonstra o entrelaçamento de ideias e princípios entre elementos da PNH e os debates ocorridos na X CNS.

Em especial às práticas assistenciais, o relatório final da Conferência aponta que:

“A atenção integral à saúde deve ser implementada (...) respondendo: pela acolhida, enquanto capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo – superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo – acesso à atenção para toda a demanda expressa ou reprimida – desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa – e responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região (...)”. (BRASIL, 1998, p.71)

Percebe-se que a referência a “acolhida” no relatório final da X CNS possui aproximação com a conceituação de acolhimento apresentado pelo glossário da PNH, o qual informa que a:

“Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”. (BRASIL, 2004c, p. 37)

“A capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo – superando as tradicionais ações fragmentárias” descrito no relatório da conferência, assim como “responsabilidade por todos os problemas de saúde de uma região” inferem correlação, respectivamente, com “responsabilizando-se integralmente por ele” e “garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessários” apresentados pelo glossário da PNH.

Tais aproximações podem ainda ser percebidas em outra passagem do relatório final, quando este referencia que a atenção integral à saúde, ao ser implementada, deve considerar o :

“vínculo, entendido como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da unidade ou serviço de saúde na solução dos problemas de saúde de sua região, através de ações qualificadas, eficazes que permitam, pelo usuário, o controle no momento de sua execução, definindo as responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento, nas situações de rotina ou imprevistas”. (BRASIL, 1998, p.72)

Na mesma direção de análise, busca-se a descrição do conceito de vínculo no glossário da PNH “(...) processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuo” (BRASIL, 2004c, p.49), sendo apropriado inferir as aproximações entre as duas concepções.

Para além dos trechos de partes do relatório da X CNS, durante toda a sua leitura foi possível identificar pontos de encontro com elementos importantes da PNH.

Assim, puderam ser identificadas preocupações quanto à ampliação do horário de atendimento, atenção integral aos usuários, campanhas educativas direcionadas aos usuários e trabalhadores, propostas de promoção e qualidade de vida, bem como a importância da integralidade nas ações e serviços de saúde.

Tal como ocorrido no texto final do relatório da IX Conferência, a preocupação com a reforma psiquiátrica aparece com especial destaque no relatório da X CNS. O debate quanto à Reforma Psiquiátrica, em todo o relatório, é referenciado em articulação ao debate da humanização: “o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem implantar uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, com caráter humanitário e ético, que seja resolutiva e respeite as especificidades locais (...)”. (BRASIL, 1998, p.81)

2.1.4 Iniciativas Ministeriais de Humanização da Saúde anteriores à PNH

Alguns dos principais projetos e programas que antecederam a formulação da PNH, e que se configuravam em importantes estratégias de humanização foram desenvolvidos entre os anos 1999 e 2002.

Nos anos 1998 e 1999, iniciativas como o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde¹⁸; a Carta aos Usuários¹⁹ e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH²⁰ constituíam importantes campos de reflexão quanto às práticas em saúde.

Em 2000, o Ministério da Saúde aposta no desenvolvimento de propostas em prol da humanização. Dentre estas estavam o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar²¹; o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento²² e as Normas de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru²³.

No ano de 2001, o Programa de Acreditação Hospitalar²⁴ e o Programa

¹⁸ O Programa buscava aprimorar a qualidade dos serviços hospitalares públicos e filantrópicos visando à modernização gerencial de grandes hospitais. Estas se dariam mediante consultorias e assessorias. (Brasil, 2002b)

¹⁹ A 'cartas aos usuários' constituiu importante canal de comunicação e de controle social. O projeto encaminhava cartas aos usuários dos serviços de internação hospitalar para que eles pudessem conhecer e conferir os procedimentos realizados, materiais e valores cobrados pelo hospital e pagos pelo SUS. (Brasil, 2002b)

²⁰ O PNASH tinha como objetivo melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. Referenciava a importância de ouvir os usuários e os gestores dos estados e municípios, alertando ainda para a uniformização de parâmetros de análise para todos os hospitais do país. (Brasil, 2002b)

²¹ O programa aborda, de forma pioneira, questões como transferência de conhecimentos e humanização do atendimento, além do aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis. (Brasil, 2002b)

²² O programa considerava a relevância do acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade na gestação, parto, puerpério e período neonatal. (Brasil, 2000a)

²³ O programa traz orientações para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. O 'método canguru' é um tipo de assistência neonatal que propõe o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso (Brasil, 2000b)

²⁴ O Programa investiu em palestras de sensibilização, na criação e consensualização de padrões e níveis de qualidade, bem como na sistematização de mecanismos e processos. (Brasil, 2002b)

Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH²⁵ ganham importante destaque.

Destaque deve ser conferido ao PNHAH, elaborado por profissionais da área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e instituído pela Portaria GM/MS n° 881 de 19 de junho de 2001, “devido ao número significativo de queixas dos usuários relacionados aos maus-tratos nos hospitais públicos” (MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 627). A PNHAH constitui experiência singular dentre as demais iniciativas de humanização, uma vez que propôs uma nova cultura do cuidado à saúde da população. (DESLANDES, 2004)

Deslandes (2004) apresenta quatro eixos discursivos, presentes no PNHAH, que subsidiam as concepções sobre um cuidado humanizado em saúde. O primeiro eixo identificado pela autora referencia a *humanização como oposição à violência*, esta física, psicológica ou simbólica.

O segundo eixo discursivo direciona ao entendimento da humanização à “capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento”, enquanto direção fundante das práticas de saúde.

O terceiro eixo traz a ideia de humanização como “melhoria das condições de trabalho do cuidador”. E o quarto e último eixo, destacado pela autora, se refere à humanização como “ampliação do processo comunicacional”, enquanto dimensão dialógica essencial ao cuidado em saúde.

Ainda em dezembro daquele ano - 2000 - a XI Conferência Nacional de Saúde anunciava como um dos seus principais eixos discursivos o debate da humanização nas práticas em saúde.

²⁵ O PNHAH será apresentado com mais detalhes no próximo capítulo dessa tese

2.1.5. XI Conferência Nacional de Saúde

Um dos principais “palcos” de debate da humanização no sistema público de saúde do país foi a XI Conferência Nacional de Saúde realizada entre os dias 15 e 19 de dezembro de 2000, em Brasília. Essa Conferência teve como tema de discussão: “Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

Tamanha importância é conferida ao tema da humanização, visto que o título da Conferência trata a “humanização” como estratégia de efetivação do sistema de saúde do país. É fundamental apontar que tal centralidade do tema na Conferência não se dá em vão. O ano de 2000 foi bastante fecundo quanto ao surgimento de inovadoras e importantes estratégias, vinculadas à humanização do cuidado em saúde, conforme apresentado anteriormente.

Nessa perspectiva, propostas relacionadas à humanização permeavam programas e ações no sistema de saúde, adquirindo adeptos e conquistando precursores de estratégias ímpares na atenção e gestão da saúde. Tal constatação pode ser observada na leitura do relatório final que é atravessado em todo o seu conteúdo pela temática da humanização.

Assim, o tema da humanização que permeava o sistema de saúde ganhou destaque e foi amplamente discutido na Conferência. Isso possibilitou inaugurar novas diretrizes para o sistema de saúde que como força propulsora, direcionaram a humanização como temática a ser capturada pela assistência e pela gestão do sistema público de saúde do país.

Dessa forma, a humanização ganhou destaque nas problematizações e avaliações gestadas naquele espaço, uma vez que a “discussão realizada nesta XI CNS sobre a atenção à saúde e a gestão do SUS destaca a necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde (...)”. (BRASIL, 2002a, p.21)

A humanização é apontada assim como estratégia diretiva e prioritária no SUS, visto que “(...) os participantes destacam a prioridade que deve ser

conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde (...). (BRASIL, 2002a, p.102)

O trecho retirado do relatório final da XI Conferência resume o tratamento dado à questão da humanização: “(...) os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS”. (BRASIL, 2002a, p.115)

2.1.6. XII Conferência Nacional de Saúde

Realizada um ano antes da previsão do período para o qual estava programada para acontecer, a XII Conferência Nacional de Saúde ocorreu entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2003.

Segundo o relatório final da Conferência, o ano de 2003 era a cronologia de um novo tempo, com novo governo capitaneado pelo recém eleito Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva.

A nova gestão do Ministério da Saúde, tendo Humberto Costa como ministro propôs, logo no início da sua gestão, antecipação da Conferência para o ano de entrada do novo governo. A antecipação foi justificada pela intenção de que o planejamento do Ministério deveria estar sustentado nas propostas e debates provenientes da Conferência. (BRASIL, 2004d)

Mediante tal objetivo, apesar de inicialmente proposta para o ano de 2004, a XII Conferência Nacional de Saúde é assim antecipada, por decisão do plenário do Conselho Nacional de Saúde, que optou como tema desse debate pela revisão dos 15 anos do Sistema Único de Saúde, e pela discussão dos novos rumos a serem seguidos. Para tanto, o eixo principal focalizava a “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos e o SUS que queremos”.

Torna-se relevante ressaltar que aquele contexto histórico apresentava novos contornos e rumos, configurando um cenário propício ao reposicionamento da humanização no campo da saúde.

O ano de 2003 transcorria com importante reverberação e fervor dos processos fundantes que alimentavam a formulação das bases, princípios e diretrizes da PNH. O grupo condutor de atores-chave entrevistado por este estudo encontrava-se, naquele contexto histórico, já no interior do Ministério da Saúde, em plena elaboração de suas discussões sobre a formulação da política. É claro que estes atores também estiveram na Conferência Nacional à frente das experimentações que fecundamente alimentariam a PNH.

Nessa direção, a Política de Humanização que já vinha sendo gestada dentro do Ministério e em articulação com os serviços²⁶, encontra no lócus da Conferência Nacional, espaço profícuo ao fortalecimento do debate de suas bases.

Como não poderia ser diferente a humanização transversaliza os debates da Conferência, entendendo que “a cultura da intersectorialidade com a população, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde, deve se manifestar nas práticas cotidianas desses atores, com humanização e resolutividade no atendimento aos usuários”. (BRASIL, 2004d, p.46)

Propostas de novas dimensões e diretrizes para a atenção ao usuário são pontos de reflexão daqueles que acompanharam as discussões da XII Conferência. Articulando a atenção à saúde e as condições de trabalho, o relatório aponta a humanização enquanto estratégia fundante de um processo modificador e inovador no sistema de Saúde Pública do país.

“Fortalecer uma nova cultura da atenção ao usuário e das relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo: (...) ênfase na humanização dos hospitais para a melhoria das condições de trabalho e o aprimoramento da qualidade da relação equipe-usuário-família, buscando meios de envolver mais efetivamente os profissionais de saúde (...)”. (BRASIL, 2004d, p.79)

²⁶ Como será apresentado e discutido nos capítulos posteriores o processo de formulação da PNH teve início no ano de 2003, por um grupo de especialistas que passa a atuar na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a partir da vitória de Lula à Presidência da República.

Mais do que apresentar os debates que transcorreram sobre a humanização na XII Conferência, esse estudo caracteriza como ponto de análise fundante trechos do relatório final que referenciam a definição pela formulação da PNH.

As propostas e deliberações caracterizavam a humanização enquanto proposta estruturante do SUS. Pela primeira vez há menção à uma Política de Humanização em saúde: “Definir uma Política de Humanização da atenção à saúde como eixo estruturador das três esferas de governo, mediante a elaboração de planos diretores a serem implementados em toda a rede de serviços de saúde”. (BRASIL, 2004d, p.79)

Nessa direção, a humanização que vinha sendo, até a última Conferência atribuída à ações relativas a programas e propostas - mais especialmente direcionados à ações pontuais, e em sua grande maioria à atenção hospitalar - ganha destaque como proposta de política transversal ao sistema de saúde. Enquanto política, a humanização ultrapassaria medidas unidirecionais ou pontuais para tornar-se transversal ao sistema de saúde, como pode ser observado no trecho abaixo.

“Implantar e implementar uma Política de Humanização das condições de trabalho e na atenção ao usuário em conformidade com as premissas da saúde como qualidade de vida, envolvendo profissionais, usuários e gestores, valorizando o respeito à cidadania, respeitando as especificidades regionais, a diversidade cultural e as relações de trabalho, incentivando e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na sua implementação”. (BRASIL, 2004d, p.122)

Isto posto, parte-se agora para a exposição dos principais elementos que permitem identificar o conteúdo da Política Nacional de Humanização, tal como apresentada no ano de 2004.

2.2. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O presente tópico tem como objetivo apresentar o texto da “Política Nacional de Humanização – A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”. (BRASIL, 2004a)

Diferente da grande maioria das políticas ministeriais, a PNH não contou com nenhuma lei ou portaria de criação. O texto acima mencionado é considerado o documento norteador da PNH tendo sido elaborado pelo núcleo técnico da política nacional de humanização, da Secretaria Executiva, do Ministério da Saúde, e publicado no ano de 2004 na Série B. Textos Básicos. Editora Ministério da Saúde. A inexistência de normativas para a PNH será alvo de análise nesta tese em momento posterior.

O documento que apresenta a política considera desde o marco teórico-político, os princípios e diretrizes gerais, as diretrizes para a implementação até a gestão da política. Cada um dos tópicos que compõem o documento será brevemente apresentado.

2.2.1. MARCO TEÓRICO-POLÍTICO

O documento afirma algumas conquistas no campo da Saúde Pública do país, aponta avanços nos processos de descentralização e regionalização da atenção e da gestão em saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social. (BRASIL, 2004a)

Entretanto, o mesmo documento alerta para os desafios que ainda são postos ao sistema de saúde, dentre os quais, o fato de que a “fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas (...) fica fragilizado”. (BRASIL, 2004a, p. 5)

Além destes desafios, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente quanto à gestão participativa e ao trabalho em equipe, desfavorecem o posicionamento crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários.

A incipiência de dispositivos de fomento a cogestão, a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários, com desrespeito aos seus direitos são eixos importantes considerados como desafios pelo documento da política.

Nesse contexto, “um processo de gestão com tais características é acompanhado de modos de atenção baseados – grande parte das vezes – na relação queixa-conduta, automatizando-se o contato entre trabalhadores e usuários, fortalecendo um olhar sobre a doença” e não sobre a saúde. (BRASIL, 2004a, p.5)

Além destes debates, o distanciamento dos processos formativos de profissionais de saúde apresenta-se, nesse contexto, considerado no debate da formulação das políticas públicas de saúde.

Cabe salientar que o texto da política apresenta a importância de que estudos e processos de formulação no campo da saúde considerem o conhecimento e a compreensão quanto ao processo de formulação de políticas públicas, realce que guarda relação com o objeto de estudo desta tese.

Nesse sentido, o debate sobre os “modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação de profissionais de saúde e os modos com que o controle social vem sendo exercido, é, portanto, necessário e urgente”. Necessário pela compreensão de que é fundamental garantir o direito constitucional à saúde e urgente por se caracterizar em condição que almeja viabilizar saúde digna para todos, com “profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida”. (BRASIL, 2004a, p.5)

Nessa direção e com tais objetivos é que a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da saúde é proposta. O documento aponta para importante questão quanto ao entendimento do termo humanização.

“Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política Nacional de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago, associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um ‘favor’, portanto, e não um direito à saúde” (BRASIL, 2004a, p.6)

Para além destas discussões, o texto da política alerta que, de maneira geral, as ações e programas voltados à humanização estão direcionados ao usuário do sistema, sem que sua inserção enquanto sujeito do processo de produção de saúde seja problematizada.

Nos moldes em que o trabalhador é considerado nas propostas então vigentes, este também ganha caráter de que “também é ser humano” e merece “ganhar alguma atenção dos gestores” (BRASIL, 2004a, p.6). Contrapondo-se as abordagens então hegemônicas, a proposição da PNH sustenta que a humanização deve “ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS” (BRASIL, 2004a, p.6) O texto da política explica:

“O risco de tomarmos a humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que “devem ser aplicadas e operacionalizadas”, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade”. (BRASIL, 2004a, p.6)

Diante da concepção apresentada, a proposição do documento é de que a PNH seja uma política transversal, compreendida por um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em diferentes acepções nas práticas e na gestão, nas diferentes instâncias do sistema, caracterizando para tal, uma construção coletiva.

A humanização proposta como política transversal supõe “necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde”.

Para tanto, a humanização precisa se constituir enquanto uma “vertente orgânica do SUS” (BRASIL, 2004a, p.7).

Almeja-se ainda que a humanização, sendo uma política pública transversal garanta caráter questionador acerca de processos marcados pela verticalidade, ainda tão vivenciados no cotidiano das práticas e da gestão em saúde. Assim, como política pública a humanização deve:

“traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (...) o modo como tais processos se dão, deve confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode furtar”. (BRASIL,2004a, p. 7)

Ao mencionar a “tarefa primeira” o documento se refere ao que denomina de duplo e inequívoco processo (...) “da produção de saúde e da produção de sujeitos” (Brasil, 2004a, p.7). Nessa concepção a humanização é tomada como “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo”. (BRASIL, 2004a, p. 8)

Assim, a humanização - compreendida como um conjunto de estratégias que buscam alcançar a qualificação e o reposicionamento da atenção e gestão em saúde - estabelece-se mediante atitudes ético-estético-políticas em sintonia com projetos de corresponsabilidade, qualificação de vínculos e cogestão. Ética referindo-se à defesa da vida; estética à proposta de invenção das normas que regulem a vida; política porque é na *pólis*, na relação entre os homens que se podem operar as relações sociais. Trata-se, sobretudo, de lançar luz aos aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de assistência e gestão em saúde.

“A força da humanização vem, então apontar para o compromisso com uma posição ético-estético-política no campo da saúde. Ética porque implica mudança de atitudes dos usuários, dos gestores e trabalhadores de saúde, de forma a comprometê-los como corresponsáveis pela qualidade das ações e serviços gerados; Estética por se tratar do processo de

produção/criação da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; Política, porque diz respeito à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS” (HECKERT ET AL, 2009, p. 495)

Nessa direção de construções a humanização - enquanto política pública no campo da saúde - contribui com “a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo”. (BRASIL, 2004a, p. 9)

2.2.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES

O documento apresenta cinco princípios norteadores para a Política de Humanização, sendo estes assim apresentados:

- “- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo /estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multidisciplinar, estimulando a transdisciplinariedade e grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos”. (BRASIL, 2004a, p. 10)

2.2.3. MARCAS/PRIORIDADES

O documento descreve o anseio dos formuladores de que, através da implementação da PNH, quatro marcas sejam consolidadas, a saber: 1- a redução de filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; 2- o conhecimento, por parte dos usuários, de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde.

Neste caso, a responsabilidade dos serviços de saúde recai sobre a sua referência territorial; 3- a garantia de informações aos usuários, bem como acompanhamento de pessoa de sua rede social e acesso aos direitos do código dos usuários do SUS; e 4- a garantia à gestão participativa dos trabalhadores e usuários, assim como a educação permanente. (BRASIL, 2004a)

2.2.4. ESTRATÉGIAS GERAIS

A implementação da PNH pressupõe diferentes eixos de ação que, dentre outras dimensões, buscam alcançar a institucionalização, difusão da estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Para tanto foram descritos no documento sete eixos nos quais as propostas de humanização seriam postas a operar de forma transversal, almejando alcançar os objetivos apresentados.

Os sete eixos seriam: o das Instituições do SUS; da Gestão do Trabalho; da Educação Permanente; da Informação/Comunicação; da Atenção; do Financiamento, e da Gestão da PNH.

O eixo das instituições do SUS considera a relevância de que a PNH constitua parte dos planos estaduais e municipais de saúde, sendo para tanto pactuadas nas agendas dos gestores e pelos respectivos conselhos de saúde.

O eixo da gestão do trabalho propõe a participação dos trabalhadores nos processos de decisão, fortalecendo assim suas motivações e crescimento profissional. Para o eixo da Educação Permanente indica-se que a PNH componha a formação profissionalizante nos cursos de graduação, pós-graduação e extensão.

No eixo da informação/comunicação refere-se que, por meio da mídia e discurso social amplo, a PNH seja incluída no debate da saúde. No eixo da atenção propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da

democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade.

O eixo do financiamento visa a unificação e repasse fundo-a-fundo de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros de subsídio à atenção. Quanto ao eixo da gestão da PNH, a proposta visa ao acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

2.2.5. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH

O documento que apresenta o texto da PNH ressalta algumas orientações estratégicas que devem ser adotadas para a implementação da Política Nacional de Humanização. Esta política descreve oito orientações que seriam estratégicas à implementação da humanização enquanto política pública, sendo relevante o destaque à proposição de que nos planos estaduais e municipais de saúde os componentes da PNH sejam contemplados.

O destaque aos componentes da PNH nos planos estaduais e municipais é relevante na medida em que, ao serem considerados nos referidos planos, estes componentes passam a compor uma agenda de compromissos dos gestores, sendo ainda passíveis de acompanhamento e requisição pelos movimentos participativos em saúde.

A consolidação e expansão dos grupos ou comitês de humanização nas secretarias estaduais e municipais, bem como nos serviços de saúde é outra orientação apresentada pelo texto da política, constituindo-se em dispositivos de articulação da humanização, nas diferentes práticas de assistência e gestão em saúde. A consolidação e expansão da rede virtual de humanização também é citada como orientação à implementação.

A relevância de que seja sistematizado processo de avaliação, com indicadores de acompanhamento da PNH, articulados às demais políticas de saúde já era apontado desde o seu processo de formulação.

A seleção e apoio às experiências na rede SUS, com função multiplicadora, bem como o financiamento de projetos que favoreçam a ambiência dos serviços são apontados como orientações importantes aos processos de implementação.

Por fim, a articulação aos programas e projetos do MS com os componentes da PNH, com vistas a dirimir a verticalização e fomentar a corresponsabilidade dos gestores estaduais e municipais; bem como o incentivo à construção de protocolos para os serviços com perfil humanizado finalizam as orientações estratégicas apresentadas pela política à sua implementação.

2.2.6. DIRETRIZES GERAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNH NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO

As diretrizes gerais para a implementação da PNH foram assim delineadas pelos autores no documento em análise. (BRASIL, 2004a, p. 12)

- “-Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa.
- Implantar, estimular e fortalecer grupos de trabalho de humanização com plano de trabalho definido.
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável.

- Viabilizar participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores.
- Implementar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral do SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifique sua ação e sua inserção na rede SUS". (BRASIL, 2004a, p. 12)

O documento ainda apresenta diretrizes específicas para implementação, por nível de atenção: na atenção básica, na urgência e emergência, na atenção especializada e na atenção hospitalar - com parâmetros para níveis crescentes de adesão à política, nível A e nível B.

2.2.7. A GESTÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

O texto da Política descreve que a dimensão transversal implica necessariamente na construção de coletivos, caracterizando a necessidade de processos de pactuação no âmbito do Ministério da Saúde, com as diversas instâncias do SUS. Nessa direção, tornam-se fundamentais o mapeamento e articulação de projetos e iniciativas de humanização já existentes, buscando o traçado de objetivos na composição da PNH.

O que se pretende afirmar é que “a humanização com eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja”, assim, “seu caráter, portanto, é de abertura, significando que outras experiências e proposta a ela se agregarão”. (BRASIL, 2004a, p. 16)

A definição de um modelo de gestão da PNH é referenciada como estratégia fundante do trabalho a ser desenvolvido. Isso porque se destaca no texto da política que as diretrizes pactuadas expressam compromissos do Ministério da Saúde em qualificar os princípios do SUS.

É possível então compreender que na trajetória de qualificação das práticas e da gestão da saúde, cabe à PNH lugar de destaque nas agendas de compromissos federal, estaduais e municipais, bem como na implantação de seus conteúdos, uma vez que a política se propõe à qualificação dos princípios do SUS.

Qualificação da assistência e da gestão mediante qualificação dos princípios do sistema público de saúde, essa era/é a direção e o desafio posto à Política Nacional de Humanização.

2.2.8. O CAMPO E O COMPROMISSO

Nessa direção, o campo da humanização se fará pela intercessão nas diferentes políticas de saúde. Em seu papel articulador buscará a facilitação e integração dos processos e das ações das diferentes áreas.

Como compromissos assumidos pela PNH estão a proposição e a integração de estratégias de ação que constituem o “campo da humanização”, operando sempre com apoio matricial, e a proposição e integração de estratégias para a implementação no âmbito do Ministério da Saúde das demais instâncias do SUS.

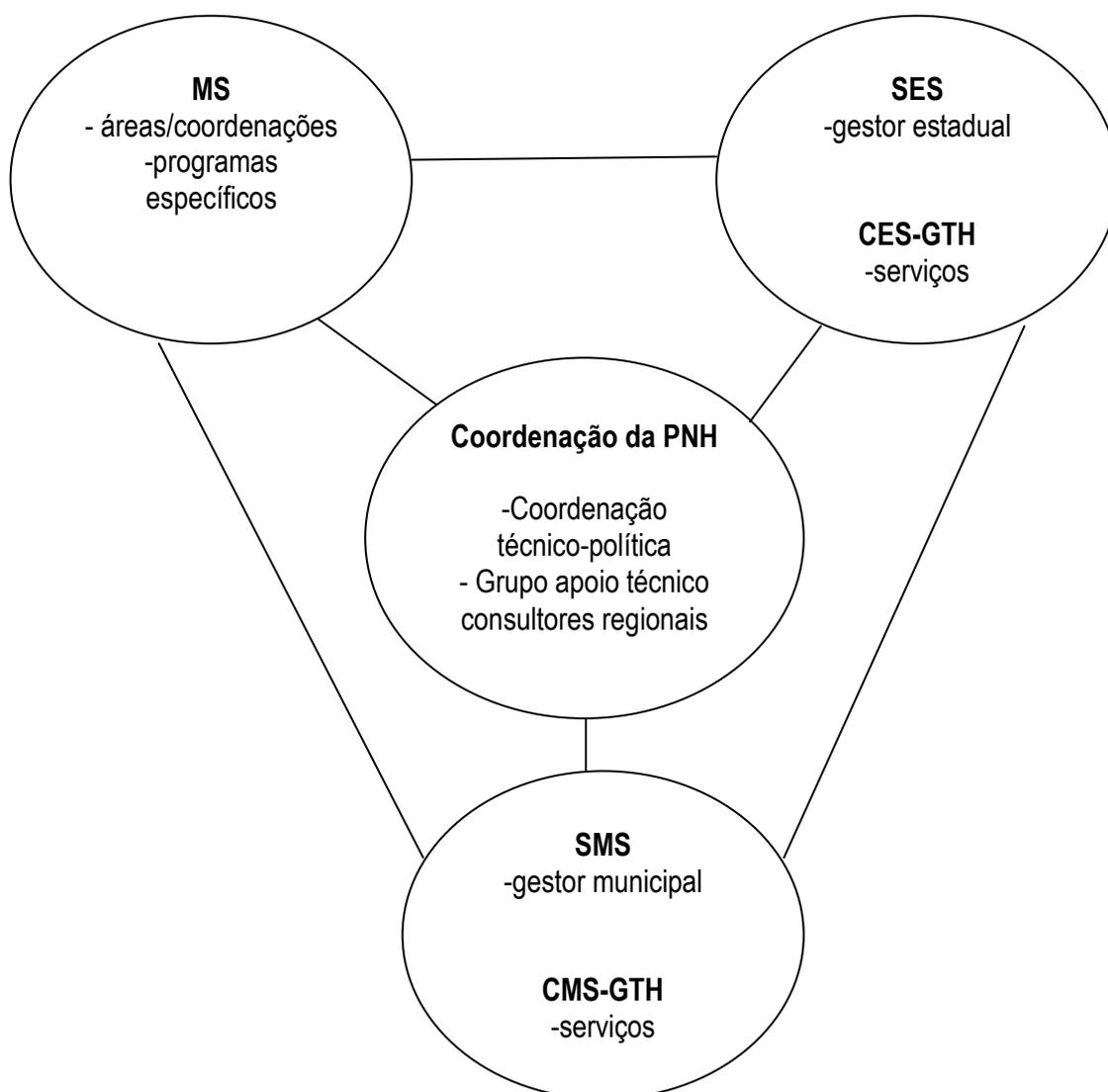
A criação de grupos de apoiadores regionais é outro compromisso assumido pela política. Os grupos de apoiadores terão como direção principal de trabalho a articulação com as Secretarias Estaduais, Municipais e demais equipamentos de saúde.

A proposta de criação de grupos fundamenta-se como dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores.

Além dos compromissos assumidos, a responsabilização pela criação e incentivo a mecanismos de divulgação e avaliação da PNH também são importantes eixos apontados pelo documento.

Por fim, cabe ainda descrever que, segundo a política, fica sob o compromisso da coordenação da PNH a articulação das diferentes áreas do Ministério da Saúde, bem como contribuir para o fortalecimento das ações das secretarias estaduais e municipais de saúde. O documento apresenta o diagrama abaixo demonstrando ao que se propõe a gestão da política:

Figura 1: Gestão da Política Nacional de Humanização



Fonte: HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas e da gestão em todas as instâncias do SUS. (BRASIL, 2004a, p. 19)

Como pode ser observado, as propostas em torno da humanização trouxeram importantes reflexões ao campo da Saúde Pública, muitos deles expressos ainda no movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto,

ainda cabe a reflexão: o que favoreceu o processo pelo qual a humanização passa a política pública de saúde? Quais os elementos que impulsionaram esse processo?

Assim, após a apresentação dos principais eixos que compõem o conteúdo da PNH, essa tese se debruçará sobre o contexto em que se processou a formulação da política em seus anos iniciais.

CAPÍTULO 3

O CONTEXTO DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O terceiro capítulo desta tese aborda o contexto de formulação da Política Nacional de Humanização. Na literatura que trata do processo de formulação de políticas públicas, é largamente difundido o entendimento de que o campo ou contexto, no qual determinado “gérmen” encontra as bases de seu crescimento, promove impactos favoráveis ou resistências às possibilidades das “flores e frutos”.

Um ambiente árido desfavorece o crescimento da semente, mesmo aquelas que possuam em sua essência uma potência profícua e saudável suficientes ao seu desabrochar.

No entanto, não se pretende afirmar que o ambiente impeça totalmente o “crescimento dos brotos”, ou mesmo não se propõe concluir que em ambientes não favoráveis, sementes não consigam lindamente “brotar”. Vale afirmar que o crescimento de uma semente, pode sim, em casos em que o ambiente é bastante desfavorável, fazer valer o ajustamento criativo que possibilita o encontro com novas estratégias para o “desabrochar”.

Entretanto, o que se pretende destacar é que a análise dos campos ou contextos permite identificar fatos e fatores, sejam eles favoráveis ou desfavoráveis, que permitiram um determinado “florescer”.

Mediante tal pensamento, aponta-se a importância da análise do contexto de formulação da Política Nacional de Humanização, com o objetivo de apresentar os elementos, favoráveis ou desfavoráveis, que transversalizaram o processo de sua formulação no âmbito do Ministério da Saúde.

Para tanto, neste capítulo serão apresentados o contexto político do governo Lula, enquanto recorte temporal de estudo da PNH; o perfil dos atores-

chave entrevistados; o conhecimento prévio entre esses atores; a percepção dos entrevistados sobre o Ministério da Saúde à época da formulação da política; e as suas primeiras impressões quando chegaram ao Ministério da Saúde.

Vale ressaltar que as informações apresentadas referem-se às percepções e impressões dos atores entrevistados, sendo esta a base de toda a discussão que se apresenta para esse estudo.

3.1. A ELEIÇÃO DE LULA À PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PERCEPÇÕES SOBRE O GOVERNO DE TRANSIÇÃO

Luiz Inácio Lula da Silva (ou simplesmente Lula) é um político com extensa trajetória sindical. Nascido em 1945, foi eleito presidente do sindicato dos metalúrgicos de São Bernardo do Campo e Diadema em 1975, momento marcado pelo contexto ditatorial da história política brasileira e surgimento do chamado novo sindicalismo.

Exerceu dois mandatos como Presidente da República Federativa do Brasil, o primeiro de 2003 a 2006 e o segundo de 2007 a 2010, tendo como alguns dos principais programas que marcaram seu governo, o Bolsa Família e o Fome Zero²⁷, através de uma coalizão partidária composta por diversos partidos como PMDB, além do PT.

Na sua trajetória à Presidência da República, um dos marcos importantes remonta ao ano de 1989, ano da primeira eleição direta para presidente no país, após o golpe militar de 1964. Lula disputou e perdeu em eleições no segundo turno, para o candidato Fernando Collor de Mello à época representante do PRN²⁸.

²⁷ Os Programas Bolsa Família e Fome Zero se constituíram importantes estratégias do governo Lula que buscavam o enfrentamento da fome e da pobreza no país.

²⁸ O Partido da Reconstrução Nacional (PRN) era um partido político bastante pequeno e sem grande expressão na dinâmica política do país.

No ano de 1994, novas eleições presidenciais foram realizadas e Lula voltou a se candidatar à Presidência, mas foi novamente derrotado nas urnas, dessa vez ainda no primeiro turno, para o candidato do PSDB, Fernando Henrique Cardoso.

A reeleição de Fernando Henrique Cardoso, em 1998, derrota pela terceira vez a candidatura de Lula à eleição presidencial. Entretanto, ao longo de suas disputas à Presidência da República, e em especial à crítica realizada ao governo de Fernando Henrique Cardoso, Lula tornou-se um dos principais opositores da política econômica do governo, sobretudo quanto aos debates em torno das privatizações de empresas estatais.

O segundo mandato do então reeleito presidente Fernando Henrique Cardoso se confrontou com dificuldades importantes do ponto de vista econômico, como a desvalorização do real e as crises internacionais.

Assim, diante do quadro político e econômico do país e em nova oportunidade eleitoral, em 2002, Lula se candidata pela quarta vez ao cargo de Presidente da República. Com um discurso que abdicou de posições radicais, a campanha eleitoral de Lula apresentou importantes proposições que o levaram à eleição naquele ano, derrotando o candidato pelo PSDB, José Serra.

O período do primeiro governo Lula é destaque neste estudo, pois entre os anos 2003-2004, anos iniciais do primeiro mandato, é possível identificar as movimentações para a composição do grupo que conduziria o processo de formulação da Política Nacional de Humanização naquele governo.

Vale ressaltar que o então presidente Lula é reeleito em outubro de 2006, vencendo o ex-governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin do PSDB. Entretanto, conforme descrito, este estudo se detém ao período temporal do primeiro mandato presidencial de Lula, pela sua importância para o processo de formulação da PNH.

Cabe ainda destacar que a insuficiência das ações da política pública de saúde no país à época era discutida e reivindicada pela sociedade civil, que

apostava na vitória de Lula e na entrada do Partido dos Trabalhadores na Presidência da República como um momento de possibilidade concreta de mudanças, especialmente no que tange à qualificação do quadro social do país.

Nesse contexto, com a vitória eleitoral para a Presidência da República, ainda em 2002, um grupo designado para o processo de transição entre governos, iniciou suas pesquisas e coleta de dados estratégicos, com vistas a traçar o legado deixado pelo governo antecessor. No caso da saúde não foi diferente, e militantes históricos da reforma sanitária, vinculados ao PT, compuseram a equipe de transição.

Nesse movimento “a ideia do presidente Lula era de que a gente pudesse primeiro traçar um diagnóstico da situação de cada um dos Ministérios, de cada política que os Ministérios levavam adiante”. (Entrevistado 2)

Em relação à política de saúde as avaliações realizadas pelo governo de transição indicavam que “quando em 2002, então o PT ganha as eleições, uma das avaliações feitas era de que havia ali uma incompatibilidade, havia uma quase tensão gerada entre o modo de funcionar da máquina estatal e a aposta no Sistema Único de Saúde”. (Entrevistado 1)

A avaliação feita pelo grupo de transição quanto à tensão entre o modo de funcionar da máquina e a aposta em um sistema público de saúde, pautado na universalidade, integralidade e equidade tinha como uma de suas causas, a forma como a máquina governamental estava estruturada. Isto porque “essa máquina era marcada por uma forte fragmentação, por uma forte setorialização e por um baixo grau de abertura comunicacional entre os programas, entre os setores e entre as Secretarias”. (Entrevistado 8)

Nesse contexto, pretende-se destacar a referência à fragmentação como um dos principais problemas identificados, não somente pelo grupo de transição, mas também pelos profissionais que compuseram o grupo formulador da Política Nacional de Humanização, como pode ser observado no trecho abaixo.

“Há uma tecnocracia muito grande dentro do Ministério. As pessoas são imbuídas de tarefas e elas não sabem muito bem como é que aquela tarefa se junta à do colega do lado. Há uma fragmentação tremenda dentro do Ministério. Nós havíamos feito essa crítica logo que chegávamos”. (Entrevistado 11)

Nessa direção, a fragmentação identificada e apontada pelo grupo de transição, bem como pelos atores-chave do processo analisado, constituiu tema relevante ao debate.

“O Ministério é muito performático. O Ministério acaba influenciando porque organiza não só a lógica da produção dos saberes, os protocolos, as portarias normativas, como organiza também o recurso. Então, se você parou aqui em cima, há uma tendência de você parar os Municípios. Mulher conversa com mulher, criança conversa com criança, AIDS conversa com AIDS, hepatite conversa com hepatite.” (Entrevistado 4)

Entretanto, não se pode afirmar que somente as dificuldades promovidas pelas ações fragmentadas constituíram a mola propulsora de debates em torno da formulação da PNH. Como será abordado adiante, a recusa à verticalização como formato histórico das ações da saúde, suscitou debates importantes no primeiro ano do governo.

Tal recusa favoreceu espaço reflexivo sobre o cuidado em saúde e o reconhecimento da necessidade de adoção de estratégias transversais, sendo esse um dos principais eixos estruturantes propostos para a PNH que se formularia. O trecho do depoimento abaixo é ilustrativo:

“Foi porque ali dentro havia uma grande dificuldade de comunicação, havia uma forte fragmentação, setorialização, que surge, então, como que por uma natural resistência da vida a tudo que a constrange, nasce ali uma necessidade de transversalizar (...) foi o que nós pudemos fazer a partir daqueles encontros, daquelas experiências que vivemos lá”. (Entrevistado 1)

3.2. A COMPOSIÇÃO DO GRUPO FORMULADOR DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Esta sessão se dedica a apresentar a composição do grupo formulador da Política Nacional de Humanização. Para tanto foi considerado no debate as bases pelas quais se deram o convite ao Ministério da Saúde, e as motivações dos atores-chave do processo de formulação da PNH para integrar o grupo da Secretaria Executiva.

3.2.1. O CONVITE AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme apresentado anteriormente Luiz Inácio Lula da Silva vence as eleições presidenciais e assume o seu primeiro mandato no início do ano de 2003. A expectativa social era bastante intensa com a chegada de Lula à presidência, pela sensibilidade social em se sentir representada enquanto classe trabalhadora.

A constatação de que um trabalhador de metalurgia, sindicalista, chegara à presidência trouxe esperanças renovadas à população e a diferentes setores da sociedade, que viam a possibilidade de mudanças, especialmente no campo social. Entretanto, não somente a população percebia naquele contexto histórico, um momento oportuno:

“Em 2003, quando o PT ganha a eleição para a Presidência, quando o Lula é eleito Presidente, tem uma mobilização nacional, especialmente dos quadros de saúde pública que estavam muito engajados na questão da democratização do país, e especialmente na formulação de políticas mais universais de saúde”. (Entrevistado 6)

Segundo depoimentos das entrevistas, Gastão Wagner de Souza Campos, médico sanitário e professor da UNICAMP - que irá assumir a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em Janeiro de 2003 - conhece

Lula quando esse ainda era presidente do sindicato dos metalúrgicos do ABC paulista.²⁹

À época, Gastão trabalhava como sanitaria no estado de São Paulo, desenvolvendo projetos na área de saúde do trabalhador, com formação de quadros para a área da saúde em articulação com os sindicatos. Nesse contexto, trabalhou em parceria com o sindicato dos metalúrgicos do ABC, tanto em Santo André quanto em São Bernardo, momento em que conheceu Lula.

Desse encontro, que remonta à presidência de Lula no sindicato dos metalúrgicos, outras parcerias entre esses dois importantes atores foram sendo estabelecidas. Assim, desde a primeira candidatura de Lula, em 1989, em disputa presidencial com Fernando Collor de Mello, Gastão compunha a comissão de saúde da sua campanha eleitoral.

Quando Lula é eleito Presidente da República, em 2002, Gastão mantinha sua proximidade com o então candidato, sendo um dos redatores do programa de saúde de sua campanha eleitoral³⁰. Junto a Gastão, estavam outros profissionais, de diferentes partes do país, que colaboravam na construção das propostas para a área sanitária.

Além da proximidade entre Lula e Gastão, um fato importante amplamente evidenciado nas entrevistas realizadas é a articulação entre os atores que irão compor os altos escalões do Ministério da Saúde – inclusive no grupo formulador da PNH - e o Partido dos Trabalhadores.

“Nós tínhamos encontros do PT, essa coisa da saúde do PT em Campinas no início do ano, no ano anterior. Então tinha uma confluência de forças que passava pelo Rio Grande do Sul, passava pela Bahia, passava por Pernambuco, passava por São Paulo, sobretudo por Campinas... tinha uma confluência”. (Entrevistado 12)

²⁹É relevante destacar que outros quadros importantes da Saúde Pública brasileira, também vinculados ao Partido dos Trabalhadores, foram convidados e compuseram o MS à época, dentre estes pode-se apontar Maria Luisa Jaegger e Sola, dentre outros.

³⁰Cabe ressaltar que Gastão Wagner, à época da eleição em que Lula foi eleito Presidente da República, estava filiado ao Partido dos Trabalhadores com base no estado de São Paulo.

Assim, em grande confluência de forças que passava por diversos estados do país e especialmente por Campinas, chega-se a cogitar a possibilitar da indicação de Gastão Wagner de Souza Campos - importante nome da Saúde Pública brasileira – para o cargo de Ministro da Saúde. Tal afirmação pode ser localizada no trecho do depoimento abaixo.

“Quando elegemos, então, o Lula, na sequência, já antes de novembro/dezembro, Gastão se apresenta como importante interlocutor no campo sanitário (...) e não imagino também que quisesse ser Ministro. Mas o nome dele ficou...”. (Entrevistado 4)

Nesse momento histórico, o nome de Gastão foi assim cogitado entre os companheiros e militantes do campo da Saúde Pública para ocupar o cargo de Ministro da Saúde. Entretanto, “Lula escolhe o Ministro Humberto [Costa], sobretudo por ser uma referência do partido no campo mais majoritário, inclusive eleitoral. Humberto quase tinha sido eleito governador de Pernambuco e Lula convida Gastão [para compor o Ministério]”. (Entrevistado 4)

A opção do presidente eleito se deu, neste sentido, marcada pela necessidade de acomodação política, ainda que convém ressaltar que o Ministro Humberto Costa tivesse importante trajetória no campo da Saúde Pública. No entanto, era necessário compor o Ministério da Saúde com importantes quadros técnicos do campo sanitário e nessa direção:

“[Lula] disse era que um cargo de Ministro da Saúde era um cargo político. Precisava de gente com cacife político mesmo: representação no PT, na Câmara de Deputados para eleição... Mas que ele precisava de uma área técnica, de um apoio técnico, de combinar essas duas figuras (...).” (Entrevistado 3)

Diante do quadro que se configurava, com Humberto Costa convidado para o cargo de Ministro da Saúde, o convite a Gastão se deu em outras bases. Segundo os atores-chave entrevistados, há naquele momento um questionamento sobre a posição que Gastão assumiria no Ministério, ou seja, se a frente da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS) ou da Secretaria

Executiva (SE). Mediante as informações coletadas nas entrevistas, Humberto Costa deixou a critério de Gastão a escolha pela posição que assumiria.

“O acordo [do presidente Lula] foi com o Humberto: você vai ser o Ministro. Gastão comporá e ele escolherá o que ele quiser lá dentro. Esse foi o acerto que foi feito em São Paulo, em uma reunião. E Gastão decide, depois de muitas conversas com os mais próximos, assumir a Secretaria Executiva”. (Entrevistado 12)

A decisão de Gastão por assumir a Secretaria Executiva fundamentava-se, também, por ser esta a instância responsável pelo planejamento e pela condução de todo o Ministério da Saúde.

Segundo os dados das entrevistas a expectativa de Gastão era de que a Secretaria Executiva exercesse a coordenação de todo o Ministério, ou seja, um trabalho interno, enquanto o Ministro assumiria uma função de articulação política externa à máquina ministerial.

“Humberto disse que Secretário Executivo (...) era o vice-ministro e que na gestão dele teria o papel de coordenar todas as Secretarias, todas as áreas (...) [Ele] falou: Eu vou fazer política, vou trabalhar mais para fora e preciso de alguém que coordene o Ministério para dentro”. (Entrevistado 10)

“A Secretaria Executiva tinha um papel técnico político nos Ministérios. Além de ser uma referência técnica, [a SE] faz a gestão interna dos Ministérios. (...) O Secretário Executivo é uma espécie de Vice-Ministro e é quem ordena e organiza o Ministério para dentro”. (Entrevistado 4)

Cabe aqui ressaltar, que historicamente a atuação da Secretaria Executiva se caracterizava, fundamentalmente, pela ordenação e acompanhamento financeiro do Ministério, com esvaziado papel político e/ou coordenador. No entanto, o convite feito a Gastão para ocupar esta Secretaria estava associado à possibilidade de impressão de outra lógica ao funcionamento dessa estrutura.

A entrada de Gastão na Secretaria Executiva não se deu sem que os companheiros de jornada, profissionais que estiveram com ele na elaboração

de propostas de trabalhos em Campinas, e nas produções teórico-práticas na UNICAMP, o acompanhassem à Brasília.

“E aí (...) antes da virada do ano, Natal, [Gastão] liga para os seus mais próximos, então orientandos e parceiros de tempo (...) dizendo: olha, só vou assumir se vocês assumirem comigo (...) Aí quase que todos recuam mas, na sequência, a gente acaba se conformando com esse pedido e vamos, então, todos a Brasília”. (Entrevistado 12)

Ao assumir a Secretaria Executiva Gastão terá duas importantes assessorias, ambas denominadas à época de Diretoria de Programa: “[Gastão] tinha duas pessoas ligadas diretamente a ele, que eram cargos de confiança, para fazer uma direção colegiada”. (Entrevistado 13)

Para um desses cargos, ele convida Regina Benevides e para o outro, Márcia Amaral. Ambas já haviam trabalhado com Gastão em Campinas³¹. Regina Benevides como será detalhado adiante, estava naquele momento realizando pós-doutorado na UNICAMP, além de compartilhar com Gastão espaços de experimentação no sistema municipal de saúde de Campinas.

Nessa composição de saberes, práticas e atores, cabe ressaltar o “encontro” entre esses dois atores-chaves: Gastão Wagner e Regina Benevides. A parceria entre esses dois atores foi referenciada nas entrevistas como matriz fundante da construção de saberes e práticas, que vinham sendo trabalhadas pela UFF/RJ e pela UNICAMP/SP, as quais comporiam bases importantes do processo de formulação da PNH.

“Esse encontro Gastão e Regina, que se faz um encontro de muita potência. De um lado toda a tradição da gestão, do planejamento, do Gastão inquieto, sempre perspicaz. Fazendo uma composição teórica e metodológica muito genuína (...) E, por outro lado, a equipe da Regina, que vem com todo o campo da esquizioanálise. Aí há um encontro”. (Entrevistado 4)

³¹ No momento em que é convidado a assumir a Secretaria Executiva do MS, Gastão Wagner de Souza Campos ocupava o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Campinas.

Esse “encontro” em que, “Gastão traz a ideia do apoio e Regina as concepções de transversalidade, constituiriam dois grandes conceitos que vão atuar dentro do Ministério”. (Entrevistado 4)

A complementaridade entre os saberes e trajetórias profissionais destes atores inaugura potentes articulações entre campos diversos, mas complementares, entre o planejamento, gestão e administração em saúde e os debates e produções no campo da psicologia social, da subjetividade, da singularidade, dos sujeitos.

Eu acho que Gastão oferta o campo da gestão e Regina traz o campo da subjetividade, o campo da produção dos sujeitos, e uma certa interferência na política pública na direção da produção dos sujeitos”. (Entrevistado 12)

“Gastão chama [Regina Benevides] para ser analista institucional da rede. E aí, o conceito de transversalidade, não sob o conceito teórico, mas como ferramenta tecnológica, foi posto a funcionar com êxito. E é isso que é chamado, convocado posteriormente para operar em outra instância do SUS, que é da máquina do Ministério da Saúde. Então a Regina vai, vai um grupo com ela, municiado disso. Esse conceito de ferramenta para pensar, então, as estratégias de transversalização por dentro do Ministério”. (Entrevistado 8)

Márcia Amaral também teve parte de sua formação acadêmica vinculada à UNICAMP, tendo realizado doutorado sob orientação de Gastão. Vale apontar que atualmente, no governo Dilma Roussef, com Alexandre Padilha a frente do Ministério da Saúde, Márcia Amaral ocupa o cargo Vice-Ministra na Secretaria Executiva.

Através desse grupo, outros importantes atores - grande parte de Campinas - serão convidados a compor o núcleo formulador da Política Nacional de Humanização.

3.2.2. A COMPOSIÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA

Conforme apresentado, o convite pessoal do presidente Lula a Gastão e a decisão desse ator por assumir a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, aliado ao apoio dos companheiros de trabalho para que estivessem com ele na jornada em nível federal, compôs importante coligação de forças e de profissionais que seguiram para Brasília.

O grupo que vem compor a Secretaria Executiva não era extenso, mas um grupo pequeno, que se conformou com a inserção de profissionais na maior parte provenientes de Campinas.

“Nós éramos muito poucos, eu estou dizendo que, em termos de equipe, era uma equipe muitíssimo pequena; era, na verdade, o Gastão como vice-ministro, a Márcia Amaral, que era diretora (...) Paulo Carvalho, que era uma pessoa que conhecia bastante políticas públicas (...). E esse grupo vai trabalhar, então, com alguns assessores, alguns consultores, especialmente o pessoal que vem muito de Campinas. O Adail, que depois de alguns anos, mais tarde se torna também o coordenador da política; o Gilberto Scarazatti, que era uma pessoa que tinha muita experiência também na área; o Dario Pasche, o Cipriano. Então tem algumas pessoas que tinham muita experiência e que vêm do trabalho em Campinas”. (Entrevistado 13)

A vinculação partidária ao PT foi um aspecto que contou na composição deste grupo. Conforme afirma um dos entrevistados esse era “um grupo de extrema militância partidária. Todos nós somos construtores, eu acho que, quase sem exceção, somos petistas e fundadores do PT nos lugares onde estávamos”. (Entrevistado 4).

Nesse contexto, compor a equipe do Ministério da Saúde, especialmente a Secretaria com Gastão, no governo Lula “significava estar nesse movimento de construção que a gente podia chamar radical da democracia”. (Entrevistado 4).

À vinculação partidária mesclam-se outros dois aspectos. O primeiro é que esses atores, em quase sua totalidade possuíam trajetórias profissionais

baseadas em experiência acadêmica ou na gestão da atenção à saúde, informadas principalmente pelo modelo Paideia³² e pela Análise Institucional³³. O segundo aspecto se refere à proximidade entre esses atores, dado o fato de que não apenas se conheciam previamente, como vinham desenvolvendo trabalhos em conjunto.

Nesse contexto de composição, Gastão e Regina convidam companheiros de trajetórias anteriores, com os quais compartilhavam ideias, conceitos e proposições ético-políticas. Dentre esses profissionais estavam Paulo Carvalho, Eduardo Passos, Adail Rollo, Altair Massaro e Gilberto Scarazatt.

Vale destacar que Cipriano Vasconcelos e Dario Pasche também compunham o grupo da Secretaria Executiva, mas não estavam vinculados à Diretoria de Regina Benevides. Suas atividades estiveram relacionadas ao Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) desta Secretaria.

“O Cipriano era encarregado da relação com os estados e municípios (...). Lá estavam o Cipriano e o Dário”. (Entrevistado 10)

“O Cipriano e o Dario, eles eram de outro setor também ligado à Secretaria Executiva. Então eles não estavam diretamente ligados à formulação da Política Nacional de Humanização, mas eles foram pessoas também importantes na composição de uma equipe que era o nosso colegiado da Secretaria Executiva”. (Entrevistado 6)

Apesar de não estarem diretamente envolvidos com o trabalho da humanização, esses atores, em especial Dario Pasche, acompanharam ativamente o processo de formulação da PNH.

A participação em atividades e produções acadêmicas é marca importante do grupo de profissionais que compuseram a Secretaria Executiva.

³² O modelo ‘Paideia’ desenvolvido por Gastão Wagner Campos será apresentado no quinto capítulo dessa tese.

³³ Os debates em torno da discussão da análise institucional trazidos ao processo de formulação da PNH tem, principalmente, o protagonismo dos atores que atuavam na Universidade Federal Fluminense/RJ

Destaca-se a Universidade Federal Fluminense (UFF), com Regina Benevides e Eduardo Passos, a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI) com Dario Pasche, e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), esta em articulação estreita com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com Gastão Wagner, Adail Rollo, Altair Massaro, Márcia Amaral e também, Regina Benevides e Dario Pasche.

As produções e discussões críticas acerca de modelos de gestão provenientes do grupo da UNICAMP e os debates da análise institucional, mais fortemente capitaneados pela UFF, são algumas das concepções que informam o processo de formulação da PNH, como destacado abaixo.

“Vários conceitos e vários dispositivos de intervenção com os quais nós trabalhamos, a história toda dos colegiados de gestão, a ideia de apoio institucional, vem dessa experiência de lá [*Campinas*]. Mas também acho que tem essa outra inflexão, que é o outro grupo que traz, que é o trabalho da análise institucional, que é um trabalho de perspectivar a noção de indivíduo, muito mais como um processo de subjetivação e um processo de subjetivação que necessariamente é coletivo, escapando dessa ideia individualista do sujeito. Acho que tem uma forte ênfase na abordagem clínica, no sentido ampliado da clínica, tanto do pessoal da UNICAMP como da UFF”.
(Entrevistado 6)

A relevância conferida a esses espaços - UNICAMP e UFF - se fundamenta não somente por suas contribuições ao campo da Saúde Pública brasileira, mas especialmente às fundantes produções teóricas e práticas gestadas pelos atores que, naquele lócus, articulavam seus debates críticos frente ao sistema de saúde brasileiro.

Na UFF, um dos marcos importantes de discussão e produção de saberes que alimentaria o processo de formulação da PNH se iniciou com “um grupo que, desde a década de 1980, vinha discutindo as práticas psicológicas em instituições públicas: uma abordagem transdisciplinar da clínica”.
(Entrevistado 1)

A aposta dos profissionais envolvidos com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia ministrado pela UFF “não era a formação de

pesquisadores, mas qualificação de trabalhadores do SUS. E ali, então, (...) de alguma maneira, já se estava entendendo que a qualificação do SUS passava (...) pela abordagem transdisciplinar”. (Entrevistado 1)

Em São Paulo, na UNICAMP e também em articulações importantes com unidades assistenciais da região e de outros estados, outro grupo de profissionais também mantinham suas produções em nível estratégico quanto à formulação e implementação de proposições inovadoras à gestão e à prática do sistema de saúde, as quais constituiriam material basal à formulação da PNH.

“A gente começou a ter uns campos de experimentação, a gente organizava curso ou fazia projeto de implementação em um hospital, implementação de saúde da família, então foi um período muito fértil no sentido da reflexão de como organizar a saúde”. (Entrevistado 9)

Nessa perspectiva, por aproximações que tocavam tanto construções acadêmicas quanto contornos de experimentação no sistema de saúde, os atores que compuseram o grupo formulador da PNH tiveram sua trajetória profissional marcada por discussões críticas e proposições inovadoras aos modelos de gestão e de assistência.

“Eu fui trabalhar na região de Campinas (...) junto com o Gastão. (...) O projeto do ponto de vista do modelo de atenção e gestão foi uma matriz muito boa. A UNICAMP era gestora do sistema de saúde. Tinha um convênio com a prefeitura e quem fazia a gestão era a UNICAMP, então, o Arouca foi gestor, o Nelson Rodrigues dos Santos foi gestor, e o Gastão foi gestor”. (Entrevistado 7)

É relevante ressaltar a contribuição do laboratório de administração e planejamento (LAPA) nos debates críticos quanto aos impasses e contradições dos modelos tecno-assistenciais dominantes. As discussões produzidas pelo LAPA compuseram importante “caldo” que alimentou aqueles que posteriormente estariam no Ministério da Saúde à frente da formulação da PNH.

As propostas que vinham sendo pensadas nas unidades assistenciais em articulação com a UNICAMP, pautavam-se na reorganização dos serviços de saúde, mediante o entendimento das equipes de trabalho enquanto espaços essenciais de problematização e qualificação dos processos em saúde.

“Mário Gatti, que é o Hospital Principal de Campinas, (...) compúnhamos um embrião de Humanização dentro do Mario Gatti, nós fomos participar do grupo do PNHAH, que era capitaneado pela Regina Benevides, mas tinha a interseção de outras pessoas, que depois, no futuro, foram compondo, também, um pouco da Política Nacional de Humanização”. (Entrevistado 5)

Alguns dos atores entrevistados exerceram suas atividades profissionais no Hospital Mario Gatti³⁴, em Campinas e relataram a primazia da unidade na aplicação de práticas alinhadas a concepções do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), como o acolhimento e classificação de risco.

“Nós vínhamos experimentando, já um pouco antes de entrarmos junto na Política de Humanização Hospitalar, nós vínhamos experimentando algumas tecnologias já dentro do Mario Gatti, como o acolhimento e a classificação de risco essencialmente”. (Entrevistado 11)

Assim, o grupo que é convocado a atuar na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde mantinha aproximações político-partidárias, conceituais e experienciais importantes, conformando uma aliança ético-política entre si, aspecto essencial para a formulação da PNH.

“A bem da verdade, havia uma irmandade, uma aliança ético política muito forte. (...) Entre nós. E muito compartilhamento. Compartilhamento de muitas coisas. De ideais políticos, de militância no SUS e de uma certa percepção de qual era nossa missão no Ministério da Saúde. Porque desse grupo, ninguém ali almejava concorrer a nada, ninguém queria ali fazer carreira (...) Estávamos ali por uma questão de oportunidade, que a história havia nos dado, que havia nos construído e que

³⁴ O Hospital Municipal Dr. Mario Gatti foi um potente campo da experimentação das propostas inovadoras de gestão que vinha sendo elaboradas pela UNICAMP, bem como de estratégias de humanização, como o PNHAH.

tínhamos agora possibilidade de fazer interferência na política pública. Era isso que nos colocava” (Entrevistado 4)

O depoimento acima sintetiza um ponto central para a análise do processo de formulação da política estudada por esta tese. Trata-se do conceito de Coalizão de Defesa desenvolvido por Sabatier e Jenkins-Smith, apresentado no primeiro capítulo deste estudo. O grupo que compôs a Secretaria Executiva compartilhava não apenas referências teórico-metodológicas, mas um conjunto de crenças fundantes de um dado projeto para política de saúde brasileira. O entendimento de que a coesão, pelas crenças fundamentais, caracterizava uma coalizão nesse grupo, constituiu análise pertinente a ser desenvolvida.

A aposta em construções que efetivamente estivessem afeitas a processos de democratização da saúde, e a percepção de compartilhamento junto a companheiros com os quais haviam desenvolvido produções críticas e propositivas ao sistema de saúde, constituíram importantes motivações para que o grupo de profissionais aceitasse o convite para compor a Secretaria Executiva.

“Essas pessoas, vão não porque queriam inaugurar um percurso, mas porque estão acreditando, está se fazendo a aposta de que há um governo democrático que vai poder fazer valer a reforma sanitária (...) e que se tinha a oportunidade de se deixar um legado (...) Que legado é esse? É a democratização da saúde. E o que é a democratização da saúde? É então entender que não há como produzir saúde sem produzir subjetividades. Que são protagonistas, que são co-responsáveis, que são autônomas. Entender que esse sujeito, que é um sujeito do SUS, ele é um sujeito coletivo. E a pergunta é então: qual o método, então, para produzir esse sujeito coletivo? Um sujeito que se co-responsabiliza pelo processo de produção de saúde”. (Entrevistado 8)

A percepção quanto a oportunidade que se abria ao grupo, pelas possibilidades de parceria que seriam estabelecidas naquele espaço, demonstra, conforme o trecho da entrevista abaixo, as motivações e expectativas dos atores-chave no Ministério da Saúde.

“Obviamente que nós sabíamos que aquilo era uma oportunidade, a expectativa era muito grande (...) Tanto expectativa que se constrói com a entrada de parceiros, imagina, Humberto, Sola, Maria Luíza, Secretária de origem em Porto Alegre e no Estado, Gastão, três vezes secretário de Campinas”. (Entrevistado 12)

Entretanto, o compartilhamento de crenças e ideias não significavam que divergências entre os integrantes do grupo não eram vivenciadas. Havia uma heterogeneidade no perfil da composição do grupo condutor do processo de formulação da PNH, essa marcada por dois principais traços: o traço acadêmico e o traço gestor/assistencial. O depoimento abaixo ilustra o debate:

“Uma discussão, um tema, que ele foi transversal à Política Nacional (...) Já de início, havia dois tipos de pessoas dentro naquele grupo. Na verdade é muito difícil falar isso, não é bem assim que a coisa opera, mas para a gente fazer algumas fantasias. Na verdade, a gente tinha (...) pessoas que eram ligadas à universidade com contexto social forte. Bastante integradas à sociedade, com uma visão muito clara do social, das necessidades que a gente estava lidando, das formulações, bem coerentes e fortes enquanto cidadãos. Mas havia um outro conjunto de pessoas mais pragmáticas. É isso que vai acontecer. No final, há uma acusação de um grupo formulador e de um grupo que faz. Isso corroe, inclusive, relações. Mas é verdade, sob um certo aspecto”. (Entrevistado 5)

Sabatier e Jenkins-Smith informam que uma Coalizão de Defesa pode abrigar em seu interior divergências quanto a aspectos instrumentais e secundários, no entanto, a partilha de posições políticas fundamentais garante a coesão do grupo, como ocorre no caso do núcleo responsável pela formulação da PNH.

A referência à “acusação” de um grupo mais formulador e um grupo que “faz”, nos remete a compreensão de que o perfil dos atores-chave do processo estudado promoveu tensões internas ao grupo. No entanto, tais tensões não constituíram elemento de ruptura ou esgarçamento importantes a ponto de desarticular a coalizão em torno da formulação da PNH.

Mas, ao contrário, algumas entrevistas permitiram destacar que as distintas posições teórico/práticas - mais academicistas e/ou mais pragmáticas – aportaram “ganhos” ao processo de formulação da PNH.

“Havia um posicionamento do grupo, um grupo que nós chamamos para esse grupo formulador da política pessoas que tinham uma larga experiência nos serviços de saúde (...) mas também pessoas que tinham experiências em outras áreas correlatas à Saúde Pública, mas não específicas da saúde coletiva, (...) para a formulação que nós chamamos de uma formulação teórico-prática da Política de Humanização”. (Entrevistado 13)

A referência aos “ganhos” direciona o debate ao impacto produtivo que a multiplicidade e a diversidade de saberes e práticas pode propiciar a processos de construção em grupos com perfis diversificados.

No caso analisado, em muitas das entrevistas realizadas foi possível identificar, conforme trecho abaixo, que a plasticidade em articular debates mais acadêmicos àqueles mais afeitos à gestão “pragmática” em saúde, permitiu espelhar campo de saberes e práticas importantes e fecundos ao processo de formulação da PNH.

“Nós fomos fazer uma composição muito heterogênea desse grupo, que foi muito interessante, e foi muito rico, porque se tornou um processo em tensão permanente. Havia uma tensão desse grupo formulador, do grupo formulador e, ao mesmo tempo, executor”. (Entrevistado 6)

3.3. AS PRIMEIRAS IMPRESSÕES SOBRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Como visto até aqui, a chegada do grupo liderado por Gastão Wagner de Souza Campos ao Ministério da Saúde reuniu atores sociais com formação acadêmica e experiências profissionais prévias de gestão e/ou pesquisa, vinculadas à perspectiva de reorganização das práticas e gestão do SUS.

A realização das entrevistas com os atores-chave do processo de formulação da PNH partiu do entendimento de que a percepção destes entrevistados sobre a organização, planejamento e ações do Ministério da Saúde à época eram essenciais para compreender as primeiras e principais direções apontadas por esse grupo, quando de sua chegada ao Ministério.

Dentro desta perspectiva, uma primeira questão a destacar é que muitos destes entrevistados relataram que ao chegar ao Ministério da Saúde, naquele momento, compartilhavam da percepção de que o SUS havia trazido importantes avanços para a Saúde Pública brasileira, mas que importantes desafios ainda estavam postos ao sistema.

“Uma percepção que não era só minha, mas era uma percepção que a gente compartilhava, era de que tinha avanços bastante importantes no SUS. Porque, claro, o SUS, ele é formulado no anos 80, a partir de uma luta pela democratização do país (...) Então era visível que o SUS tinha avanços bastante importantes enquanto uma política consistente de Saúde Pública. Por outro lado, era ainda uma política muito jovem, e mesmo com todos esses avanços, ainda com muitos desafios para serem enfrentados”. (Entrevistado 13)

“Vivíamos, muito mais grave do que hoje, uma gravíssima crise da Saúde Pública brasileira à época. Nós estávamos saindo de um governo de abertura liberal, que foi o Fernando Henrique, privatizador, e depois de oito anos de governo que massacrou a máquina de Estado. (...) O Ministério era simplesmente desprovido dos meios; sem trabalhador, com pouco recurso e com uma máquina e com uma inteligência institucional baixíssima. Nós tivemos que reconstruir o próprio Ministério como instituição”. (Entrevistado 12)

A percepção de um Ministério da Saúde desprovido de meios e recursos que operassem a máquina federal em prol da atenção à saúde da população, aliada a divergências na condução considerada privatizante que vinha sendo desenhada pelo governo anterior, conduziu o grupo que chegava ao Ministério a importantes redesenhos iniciais de condução da política de saúde no país.

A reconfiguração do próprio Ministério da Saúde parece ter sido a tarefa inicial da própria Secretaria Executiva, tida como estratégia fundamental para imprimir uma nova lógica organizacional.

“(...) Até conseguirmos entender e fazer gestão do espólio. E que envolvia opções políticas absolutamente na contramão daquilo que trazíamos; privatizante, patrimonialista, recursos concentrados em poucas Universidades, institutos de pesquisa em municípios privilegiados... Então tinha uma desconstrução... (...) Esse tipo de questão que nós tínhamos que gerir até pensar uma nova política pública”. (Entrevistado 4)

Dentro deste quadro, uma questão abordada por alguns dos entrevistados refere-se ao fato de que, pela primeira vez, esse grupo técnico-político de profissionais assumia cargos relevantes na gestão do Ministério da Saúde.

De fato, até a eleição de Lula, cargos do Ministério da Saúde haviam sido ocupados por representantes de coalizões político-partidárias às quais o Partido dos Trabalhadores fazia franca oposição³⁵. Neste sentido, é importante reconhecer a existência de divergências conceituais e políticas que naquele espaço - Ministério da Saúde - estariam sendo constantemente trabalhadas por aqueles atores sociais.

“Nós tínhamos muita dificuldade de acessar o Ministério antes do governo Lula. Então o campo da esquerda não acessou o Ministério. Raríssimas foram as inserções. A ideia de fazer revolução por dentro, acho que Hésio Cordeiro inaugura isso com aquela equipe uma década antes, duas décadas antes. Mas é uma máquina burocrática. Então a ação política do Ministério, ela é uma ação tecnoburocrática. Então são pessoas que assumem o poder administrativo para fazer regra”. (Entrevistado 12)

O entendimento de que os grupos “assumem o poder administrativo para fazer regras” será questionado pelos profissionais que assumiram a Secretaria Executiva, e se constituirá em tema relevante de debate que trará

³⁵ Cabe ressaltar que alguns quadros do PT estiveram presentes no MS durante a gestão de Fernando Henrique Cardozo, entretanto, o que se pretende destacar é que no contexto analisado por essa tese, a possibilidade de compor o quadro dos primeiros escalões do MS era situação nova, percebida como importante oportunidade pelos profissionais que compuseram a Secretaria Executiva.

novos horizontes de caminhos para a formulação de políticas no contexto analisado por esta tese, e em especial, para os contornos do processo de formulação da PNH.

O entendimento do campo de atuação da Secretaria Executiva também foi tema de discussão, análise e redefinição, na medida em que até aquele momento a “Secretaria Executiva era praticamente voltada para a questão da orçamentação e execução orçamentária do Ministério e não ligada tanto às políticas de saúde, aos programas de saúde”. (Entrevistado 6)

Neste sentido, uma das primeiras medidas adotadas pelo grupo que assumiu o Ministério foi exatamente o de redesenhar o papel e o campo de atuação da Secretaria Executiva.

A opção deliberada foi a de abraçar nessa Secretaria aqueles programas que se encontravam em posição secundária ou eram pouco valorizados no interior do Ministério e atribuir-lhes outro conteúdo e caráter. Os trechos dos depoimentos abaixo ilustram essa questão:

“Quando o Gastão entra e, é claro, não é só ele, é um movimento daquele momento era de repensar o papel da Secretaria Executiva. Então, alguns dos programas, que estavam um pouco soltos, que estavam mais desarticulados nas outras secretarias, migraram para a Secretaria Executiva. Dentre eles, era esse Programa Nacional de Humanização, porque ninguém sabia muito bem o que fazer, o que era, uma ação muito pontual. O outro era o Programa de Promoção à Saúde. O outro era a discussão sobre a questão das drogas. E o próprio programa de AIDS”. (Entrevistado 13)

“exatamente para poder repensar o papel do que a gente chamava na época de Secretaria Executiva, que é o cargo de Vice-Ministro. A Secretaria Executiva é responsável por assessorar o Ministro também, por apoiar o Ministro na produção de políticas e também de todo o controle financeiro e programático do SUS”. (Entrevistado 6)

Os quatro programas que passam a integrar as funções da Secretaria Executiva foram, então, o Programa de Promoção da Saúde, o Programa de AIDS, o Programa de Drogas e o Programa Nacional de Humanização da

Assistência Hospitalar - PNHAH, que possuía escopo de ação bastante pontual.

O redesenho das atribuições da Secretaria Executiva merece destaque especial, pois foi a partir desta nova concepção dos trabalhos a serem desenvolvidos pela Secretaria, que nasceu a possibilidade concreta de formulação de novas bases dos processos de cuidado e de humanização em saúde.

O processo desencadeado para repensar as atribuições da Secretaria Executiva permitiu ampliação do escopo do trabalho que passou para além de atividades relacionadas à orçamentação do Ministério, a se ocupar de programas que, naquele momento histórico, pairavam no Ministério sem nenhuma aderência específica a alguma Secretaria. O trecho do depoimento abaixo explicita essa questão, a partir da referência à Política Nacional de Promoção da Saúde:

“(...) ativar a política de promoção também ficou com a gente (...) como era meio patinho feio lá do Ministério, então ficou também lá com a gente para a gente tocar”. (Entrevistado 3)

Cabe destacar, que esses eram programas que “estavam um pouco soltos, que estavam mais desarticulados das outras secretarias e migraram para a Secretaria Executiva” (Entrevistado 6). O destaque a este trecho do depoimento demonstra que não havia, pelo menos a princípio, disputas políticas em torno da condução dos programas elencados.

Como visto, até a eleição de Lula a Secretaria Executiva do Ministério da saúde possuía um papel relativamente esvaziado, e assim, a incorporação dos programas de saúde acima referidos, parece ter sido estratégia para enfrentar possíveis resistências face às divergências de ordem político-ideológica, e mesmo disputas de poder no interior do Ministério da Saúde.

Recorre-se aqui, mais uma vez, ao depoimento de uma das entrevistas, para sinalizar a perspectiva de que o grupo que assumiu a

Secretaria Executiva pretendia enfrentar alguns dos grandes dilemas da gestão do SUS.

“Na verdade, a gente não sabia muito bem o que é que ia ficar aonde. Nesses momentos de transição, há todo um movimento de ajustes e de uma nova formulação. E eu acho que esse que era o grande trabalho que a gente se propôs a fazer. Era mesmo tomar alguns desses desafios, no caso a verticalização, a baixa integração, a baixa resolutividade de alguns serviços, a extrema centralização da ação de saúde via hospitais, uma necessidade de crescimento na área de atenção básica, que, claro, tinha alguns avanços importantes, uma desarticulação entre esses programas, perda de oportunidades de endereçar uma ação de saúde mais integrada, seguindo os próprios princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade. Então esses princípios, que eram princípios importantes, que todos gostaríamos de tê-los operacionalizados, ainda estavam longe de alcançar esse processo de operacionalização na vida real, na saúde real da população”. (Entrevistado 6)

Assim, os desafios frente à verticalização, à baixa integração e resolutividade dos serviços, à extrema centralização das ações em âmbito hospitalar, à necessidade de ampliação da atenção básica, à desarticulação entre os diferentes programas e à insuficiência das ações de integralidade do cuidado foram identificados enquanto objetos de enfrentamento pelos atores-chave entrevistados.

Nessa direção, alguns dos principais desafios que foram inicialmente identificados pelo grupo que compunham a transição entre governos, foram da mesma forma, posteriormente incorporados ao trabalho do grupo de condução da formulação da PNH.

“Naquele momento, então, começa-se a se ouvir no Ministério essa expressão, um neologismo criado ali na época do Humberto Costa, que era a aposta do MUS, o Ministério Único da Saúde. Indicando, então, a necessidade de pensar uma alteração do modus operandi da máquina. E em função dessa aposta, resultado de uma avaliação do caráter fragmentário da máquina, que tem que fazer valer o SUS. Que estava com essa ideia de unidade, foi em função disso que se entendeu, que se apostou naquele momento que o conceito de transversalidade seria um conceito importante para produzir algum tipo de alteração metodológica no modo de funcionar da máquina”. (Entrevistado 8)

Diante deste quadro, o conceito de transversalidade se torna chave para todo o processo de formulação que se pretende analisar nesse estudo. Isso se fundamenta na medida em que a “ideia era justamente quebrar com a verticalidade dos programas, pensando em uma política que fosse transversal, que estivesse dialogando com os desafios de cada um dos programas, de cada uma das políticas formuladas no Ministério”. (Entrevistado 13)

Documentos oficiais mencionam, inclusive, a transversalidade da PNH como justificativa para sua incorporação pela Secretaria Executiva. Assim, por se compreender que a humanização deveria assumir o caráter de “uma política transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde” é que foi definido que a sua “coordenação seria feita pela Secretaria Executiva”. (BRASIL, 2004b, p. 5)

Nesse contexto, o conceito de transversalidade conforme apontado anteriormente nesse capítulo ganha especial destaque enquanto eixo direcionador dos debates e da condução dos processos de formulação de propostas e políticas que viriam a ser elaboradas.

“Era o argumento da transversalidade como um mecanismo, porque todos estavam de acordo que havia uma extrema verticalização dos programas e que era necessário trabalhar essa verticalização para que ela caminhasse mais no sentido da integração e da integralidade”. (Entrevistado 13)

Tal aproximação entre transversalidade e os embriões iniciais do processo de formulação da PNH será mais bem delineada em discussão a ser apresentada no capítulo seguinte.

3.3.1.O QUE IMPRESSIONOU AQUELES QUE CHEGAVAM AO MS

Impressão: aquilo que se refere ao que se pensa ou sente; efeito produzido; sentimento; sensação. E foi exatamente tal impressão, aquilo que lhes deixou impresso na memória e em suas histórias, quando de sua chegada

ao Ministério da Saúde, que se buscou captar nas entrevistas realizadas com os atores-chave selecionados.

Para além da investigação quanto às percepções dos entrevistados sobre o Ministério da Saúde a pesquisa de campo lançou luz ao questionamento sobre possíveis aspectos que marcaram de maneira importante a percepção destes profissionais.

Vale lembrar que parte do grupo de profissionais que seguiram a composição da equipe da Secretaria Executiva possuía, em suas trajetórias profissionais, experiências relevantes na gestão de importantes unidades de saúde, especialmente unidades hospitalares de referência, no município de Campinas.

“Nós tínhamos chegado em Janeiro, na verdade a gente chega no dia, três, quatro de janeiro, e sem conhecer a máquina administrativa, lógico; eu to dizendo, o grupo que estava junto com o Gastão, que era um grupo pequeno, era um grupo que tinha experiência na Saúde Pública, alguns deles tinham trabalhado em Secretarias de Distrito e/ou de Estado, mas que não conheciam a máquina administrativa do Ministério em nível central. Então também foi um impacto muito grande para todos nós”. (Entrevistado 6)

Para esse grupo, a novidade estava na atuação em nível federal. Apesar de alguns dos atores possuírem trajetória acadêmica e outros estarem mais próximos do campo da gestão de unidades hospitalares ou de sistemas de saúde municipais, a grandiosidade da máquina federal se apresentava como desafio importante àquele grupo.

Desafio este que será mais explorado no capítulo seguinte, no entanto, como apresentadas na transcrição abaixo, importantes disputas e pressões políticas permeavam o trabalho do grupo em Brasília.

“É, a gente não conhecia nada praticamente desta máquina do nível central. E é uma máquina pesada (...) que tem uma disputa. O Ministério da Saúde é o que tem o maior orçamento do Estado, então tem uma pressão política, e eu to dizendo política no sentido mais tradicional, política dos partidos, política do próprio governo, muito forte”. (Entrevistado 13)

Vale destacar que nem todos os profissionais entrevistados tinham percepções marcantes quanto a sua entrada no Ministério da Saúde, como pode ser observado no trecho abaixo. No entanto, é importante ressaltar que o entrevistado remete, conforme solicitado em entrevista, apenas ao momento de chegada ao Ministério.

“Não, na verdade, eu já conhecia um pouco do movimento do Ministério, a gente já tinha alguma entrada, não trabalhava com o Ministério, mas já conhecia um pouco da sua dinâmica, conhecia um pouco da arquitetura do Ministério no sentido da sua composição organogramática, então eu já tinha um pouco disso na cabeça. Não tinha nada ali, ainda, que me surpreendesse”. (Entrevistado 5)

A descrição de que nada “ainda” havia impressionado - quando da entrada ao Ministério - foi sucedida pelo questionamento ao entrevistado se em outro momento, em sua trajetória pelo Ministério da Saúde, alguma situação o havia causado tal importante impressão.

“Uma novidade absurda... isso não apareceu. Isso vem aparecendo, um pouco mais tarde, quando a gente começa a pensar nas contratualizações, com o modo de financiamento, que ainda está muito embrionário, mas aquilo começa a me chamar atenção mais tarde. Naquela entrada ainda não”. (Entrevistado 11)

Mediante tal debate, esse estudo agrupou em cinco tópicos as principais impressões dos atores entrevistados quando chegaram ao Ministério da Saúde. Conforme mencionado, não se pretende esgotar as impressões e surpresas vivenciadas por estes atores, mas delinear um contexto percebido por esses profissionais, com vistas a conhecer suas primeiras impressões sobre o Ministério à época.

As cinco principais impressões mencionadas foram assim agrupadas: Fragmentação / Baixa Articulação; Extensivismo; Os Porões do Ministério; Hierarquia / Verticalização e Normatividade, sendo estas apresentadas a seguir.

FRAGMENTAÇÃO / BAIXA ARTICULAÇÃO

A percepção de que naquele momento de chegada ao Ministério da Saúde este se encontrava bastante fragmentado e com baixa articulação de suas políticas, programas e ações foi tema elencado em todas as entrevistas realizadas.

Não somente no planejamento e organização internas das políticas e ações do Ministério, mas na própria concepção de ente federado responsável pelo balizamento e direcionamento do Sistema Único de Saúde no país, a fragmentação dos processos e ações eram identificadas.

Quanto ao papel de ente federado responsável pela direção da política de saúde, o debate sobre um Ministério único, o qual atendesse aos princípios e diretrizes de um sistema único, foi um dos temas mais elencados durante as entrevistas com os atores-chave do processo estudado.

“E o que chama muito atenção (...) o conceito de único não passava pelo Ministério da Saúde. Então o Ministério é uma máquina de produção normativa com baixa capacidade de interlocução, mesmo com Estados e Municípios e com movimento social nenhum”. (Entrevistado 12)

Além da fragmentação das responsabilidades federais frente a estados e municípios, foram também citados, nas entrevistas, os nichos políticos partidários que favoreceram a desarticulação entre as diferentes instâncias dentro do próprio Ministério, apontando alguns dos desafios postos ao grupo condutor e ao próprio processo de formulação da PNH.

“Não havia um Ministério único, e baixa governabilidade do Ministro (...) muito baixa. Essas áreas foram compostas [diferentes Secretarias do MS], sempre foram, não foi só neste governo, por interesse político, por acordo, para criar estabilidade para tal tendência do PT, essa vai para o PMDB, essa vai para não sei o que (...) ele [Humberto Costa] montou os colegiados e isso atenuou... pelo menos a gente debatia (...) Os diretores dessas áreas, uma vez por semana a gente se reunia durante meio período, com pauta, com discussão, incluía a FIOCRUZ, incluía as várias áreas do Ministério (...)

umas discussões muito interessantes e permitiu um pouco de integração, mas não logramos articular de fato um Ministério único da saúde não, em nenhum momento”. (Entrevistado 10)

Quanto às ações desenvolvidas pelas diferentes Secretarias do Ministério, cabe destacar que:

“A SAS é 70% do Ministério. Quase toda a rede, tem a Secretaria de Vigilância em Saúde, é, enfim, a SGTES, lá, de pessoal, de formação, de Educação Permanente, mas o grosso da rede, do atendimento, está na SAS. Eu entrei, não era um Ministério uno, era tudo dividido, cada um fazia a sua... escondia informação, enfim, um clima”. (Entrevistado 3)

A transcrição do trecho acima demonstra processos de fragmentação e desarticulação entre as diferentes áreas do Ministério da Saúde, sendo importante referenciar que tal conformação também se encontrava permeada por dificuldades propositais de acesso a informação, conforme relata o entrevistado acima.

Tais dificuldades permeavam pelo Ministério um “clima” não colaborativo e não integrativo entre suas diferentes áreas. No trecho abaixo é explicado que disputas por espaço, e por poder, produziam impactos negativos na articulação e na concepção de um trabalho único em prol de um Sistema Único de Saúde.

“Fragmentação e verticalização, disputas de espaço e poder. Eu me lembro das primeiras reuniões que fazíamos e que duas áreas, só para ter uma ideia, entre as hepatites virais e o pessoal da AIDS (...) Era inimaginável para essas duas equipes sentarem juntas”. (Entrevistado 4)

“Foi a fragmentação dos vários departamentos, dos vários programas, todos verticais, não conversavam com o outro, câncer, transplante, saúde mental, AIDS, Atenção Básica... (risos)... tudo fragmentado... Vigilância em Saúde, Promoção... tudo fragmentado, muito fragmentado”. (Entrevistado 3)

Mediante tal percepção, o grupo entrevistado, que chegava naquele momento ao Ministério, começa a identificar a necessidade de que sejam delineadas estratégias de enfrentamento à fragmentação e à baixa articulação das ações, programas e políticas do Ministério.

Assim, buscando integrar diferentes áreas, separadas naquele contexto, mas compreendidas como espaços essenciais de articulação em prol do atendimento e da integralidade da saúde da população, iniciam-se, dentre outras, propostas de encontros que aproximassem os discursos e que fizessem circular, naquele espaço, os conhecimentos e ações de cada uma das áreas.

“Em uma reunião que, para nós, foi muito emblemática, começamos a trabalhar, aí mais com a ideia de Humanização do parto, do nascimento, (...) botar a equipe da mulher e a equipe da criança sentadas juntas. Foi palco de guerra. Então, isso refletia na produção das políticas públicas e, conseqüentemente, na organização das práticas sanitárias nos territórios”. (Entrevistado 12)

A fala do entrevistado destaca ponto essencial de discussão: ao mesmo tempo em que revela que a fragmentação percebida nos processos de trabalho naqueles espaços, reflete de maneira importante na produção de políticas públicas, bem como na organização das práticas sanitárias nos territórios.

“Nós tínhamos ações, nós tínhamos estratégias que eram absolutamente homogêneas com outras que passavam, às vezes, no mesmo corredor do Ministério e nós não sabíamos o que fazer. Por vezes, nós encontrávamos agentes em campo de outra área do Ministério fazendo a mesma coisa que a gente estava fazendo. Então, há uma tecnocracia, há um pragmatismo grande que não tinha validação muito forte”. (Entrevistado 5)

Todo esse contexto, marcado pela fragmentação da gestão e das práticas dentro do Ministério da Saúde, e em sua articulação com estados e municípios, foi pauta de debates e de proposições pelo grupo de profissionais entrevistados, já direcionando o olhar e a elaboração de estratégias que

comporiam a PNH, e que também foram sendo articuladas não somente para dentro do próprio Ministério, mas também para os estados e municípios.

“Alguns movimentos foram construídos para tentar minimizar isso. (...) Houve uma tentativa de levar a Política de Humanização para dentro do Ministério. Fazer o que fazíamos dentro da saúde dentro do próprio Ministério. Fazer transversalismo, uma conversa, rodas, para que a gente pudesse minimizar isso”. (Entrevistado 5)

EXTENSIVISMO

O extensivismo do trabalho a ser realizado pelo Ministério da Saúde foi outro tema elencado por alguns entrevistados. O entendimento do Ministério enquanto máquina que se propõe a operar ações, propostas e políticas para todo o território brasileiro, em um país marcado pela diversidade e grandezas regionais como o Brasil, foi apontado como eixo de atenção quando da chegada do grupo à Brasília.

“Então, o que mais me impactou no início foi o extensivismo, como método do Ministério. E logo a gente entendeu que esse método, ele era importante, mas ele não era suficiente para fazer valer os princípios do SUS”. (Entrevistado 1)

A constatação da grandiosidade do trabalho em contraposição com o curto espaço temporal dos mandatos governamentais foi considerado enquanto desafio importante e complexo, uma vez que “a máquina, ela tem uma relação direta com a grandeza extensiva da nação. E ela tem um mandato e esse mandato a compromete com essa grandeza extensiva da nação. Ali, se está fazendo gestão de uma política nacional”. (Entrevistado 1)

A dimensão extensiva do trabalho em Brasília, articulada à responsabilidade do Ministério da Saúde, direciona a discussão em busca de estratégias metodológicas que possam responder a diferentes demandas. Nesse sentido, um tema presente nas discussões do grupo condutor do

processo de formulação da PNH foi o extensivismo constituído como método de trabalho.

Trata-se do debate em torno do extensivismo enquanto direção metodológica que prioriza o atendimento a grandes demandas populacionais, em detrimento da atenção à construção de espaços reflexivos de singularidade.

“E essa dimensão, ela se transforma em uma direção metodológica, que é o extensivismo, que é o modo de pensar a produção de saúde a partir de palavras de ordem, de campanhismo. De práticas que lidam não com a experiência singular, mas lidam com os grandes movimentos da população”. (Entrevistado 8)

Tal constatação permite identificar o desafio posto aos profissionais que compuseram o grupo de formulação de uma política que se propunha a operar no hiato entre o singular e o comum, entre o indivíduo e o seio social, entre o subjetivo e o objetivo/pragmático.

OS PORÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Não se pode furtar de descrever nesse trabalho o estranhamento, durante a entrevista, pela resposta do entrevistado à pergunta sobre algum fato que poderia lhe ter impressionado, quando da sua chegada ao Ministério da Saúde, a resposta ser “os porões”.

A fala do entrevistado, conforme transcrição abaixo denota a riqueza e a relevância de produções no campo da Saúde Pública que atualmente encontram-se nos porões do Ministério.

Muito mais do que uma reflexão sobre a estrutura ministerial, o transversalismo político presente nesse debate alerta para uma importante questão. A busca de hegemonia política, mediante o não aproveitamento e/ou reinvenção de propostas e planos que tenham sido elaborados pelo governo

anterior e que, assim, são propositalmente esquecidos nos porões do Ministério, lança reflexão sobre a prática que iriam desenvolver os atores-chave na Secretaria Executiva.

“Uma das imagens mais assustadoras para um novato no Ministério são os seus porões. Os porões do Ministério são uma coisa assustadora, porque é uma produção de lixo riquíssimo. Um lixo magnífico. Então a gente falou: gente, a gente não pode inventar; tudo que a gente inventar vão jogar fora. Então, o que é que tem aqui que pode servir como uma ferramenta de transversalização?”. (Entrevistado1)

Nessa direção, a percepção do entrevistado quanto ao descarte de produções, planos e estratégias, e a preocupação daquele grupo de profissionais que compôs a Secretaria Executiva de que pudessem promover importantes transformações na Saúde Pública, trouxe à esfera de debate o entendimento de que novas produções pudessem ser, em anos posteriores, descartadas.

Sendo assim, a estratégia estava posta, segundo o próprio entrevistado. Não se poderia inventar nada, que já não estivesse naquele espaço. A opção então, diante da análise desse cenário, como será apresentado no capítulo seguinte, foi lançar mão de uma estratégia que ali já estivesse posta, que não fosse de nenhum grupo e que não fosse pauta de disputa entre os grupos dentro do Ministério da Saúde.

“E aí, você diz: vem cá, qual seria, então, uma ferramenta, aqui, do ideário do Ministério, que pudesse servir como um leitmotiv, para nos diferentes setores, nos diferentes programas, nas diferentes secretarias, a gente poder construir essas práticas de transversalização? Foi a Humanização”. (Entrevistado 1)

A Humanização. “De quem é? Não é de ninguém. Ela não é específica. Ela é transversal e alguém vai dizer que é contra?”. (Entrevistado 8). Nesse contexto a temática da humanização ganha destaque. Destaque para que nos porões não fossem futuramente encontradas estratégias inovadoras de um governo que não mais estivesse em vigência. Destaque por não estar em

disputa no Ministério. E principalmente, destaque pela potencialidade e transversalidade que poderiam ser debatidas em sua direção.

HIERARQUIA/ VERTICALIZAÇÃO

Quando questionados sobre possíveis impressões na chegada ao Ministério da Saúde, a hierarquização / verticalização foi apontada como eixo importante e dificultador do processo de fortalecimento do sistema público de saúde do país.

Nessa direção, “um deles [referindo-se aos desafios], que logo nos chamou a atenção, era ainda uma extrema verticalização das ações e dos programas de saúde. A saúde ainda estava muito concebida de uma maneira vertical. (...) E isso foi o que mais me foi colocado como desafio”. (Entrevistado 6)

A verticalização das ações e dos programas em saúde, enquanto desafios postos ao funcionamento do sistema de saúde aliado, ao peso das hierarquias, foi base de debates no grupo que conduziu o processo de formulação da PNH.

Pensar em propostas e estratégias que articulassem as diferentes instâncias no Ministério, bem como o trabalho com os estados e municípios foi se constituindo matéria de discussão a ser incorporada ao processo de formulação da PNH.

A hierarquia enquanto instância organizativa do Ministério foi abordada pelos atores-chave entrevistados, sendo esta mencionada em contraste à gestão que se pretendia ser implementada pela Secretaria Executiva. Gestão esta proposta mediante debates em colegiados e baseada na aposta em um trabalho participativo e na parceria como caminho metodológico.

“Uma coisa que chamava muita atenção no Ministério era o peso da hierarquia. O peso das funções hierárquicas era muito condicionante dos processos políticos internos. E aí você imagina que vem um Secretário Executivo que diz que a grande lógica de fazer a política é criar modos de apoiar os atores para, aí, fazer a política e que esse apoio não tem nada a ver com controle, não tem nada a ver com supervisão, é um certo modo de atuar. E aí vai Gastão, Eduardo Passos e Regina, atuar no entre, nesse lugar movediço que é entre os processos”. (Entrevistado 4)

A NORMATIVIDADE QUE GERA MUDEZ

A normatividade que exclui, segrega e emudece foi apontada pelo grupo de profissionais entrevistados como um aspecto que impressionou na chegada ao Ministério da Saúde.

Conforme pode ser observado na transcrição de parte da entrevista, o grupo que segue para o Ministério da Saúde é composto por profissionais renomados no campo da Saúde Pública, com produções acadêmicas importantes e experiências em processos de gestão de secretarias municipais e de importantes unidades de saúde em seus locais de atuação.

Entretanto, a referência à mudez desses profissionais, frente à extrema normatividade da máquina e à linguagem institucional que demarca nichos de comunicabilidade e de poder nas instituições, foi apontada como uma das primeiras impressões quando da chegada ao Ministério da saúde.

“Doutores em Saúde Pública, teses importantes em vários campos. Nós tivemos a impressão que ficamos um mês mudos. Porque o que restou daquela máquina era só normatividade (...). A conversa com as pessoas eram muito doidas. As conversas eram por códigos. A PPI não sei o que lá do CIS não sei o quê. Então era como se você tivesse noções muito rudimentares de uma língua não latina. Estivéssemos chegando em um país nórdico e você não entende o que as pessoas estão dizendo. Nós passamos um mês mudos, ou seja, o linguajar imposto é um linguajar absolutamente do jargão técnico clássico da gestão, da administração”. (Entrevistado 4)

O linguajar clássico, técnico, de uma administração pautada na sabedoria de grupos que manipulam os demais profissionais, vivenciado pelos profissionais no momento de chegada ao Ministério, permitiu que tal debate fosse mais fortemente abraçado durante o processo de formulação da PNH.

Cabe destacar que os pontos acima apresentados quanto à percepção dos atores-chaves entrevistados na pesquisa de campo, permitiram um delineamento do contexto do Ministério da Saúde à época de chegada do grupo formulador da PNH em Brasília.

Vale ressaltar que este tópico se destinou à descrição das primeiras e importantes impressões quando da chegada dos atores-chave ao Ministério da Saúde. O contexto apresentado permite inferir a existência de um campo favorável à formulação da PNH, configurando vitrais de uma janela de oportunidade nos termos definidos por Kingdon.

CAPÍTULO 4

REFLEXÕES E CAMINHOS: A TRAJETÓRIA DA FORMULAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O presente capítulo objetiva discutir algumas das principais reflexões, faces e caminhos que marcaram o processo de formulação da Política Nacional de Humanização. Acreditando que os tons coloridos, riscos e rabiscos possíveis/elencados pelos atores-chave são essenciais ao debate que se pretende desenvolver foram selecionados das análises do material das entrevistas, 4 eixos de destaque para essa discussão.

O primeiro eixo refere-se ao processo decisório em torno da construção da PNH. Esse debate busca compreender o caminho pelo qual a humanização ganha destaque, e se insere na agenda do Ministério da Saúde como uma das ações prioritárias daquele governo.

O segundo eixo apresenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), destacando-o como componente importante do processo de formulação da política.

O entendimento acerca dos motivos pelos quais foi mantido o termo “humanização”, apesar dos questionamentos e críticas postas à sua concepção pelo grupo formulador da PNH, bem como o seu reposicionamento conceitual, compõe o terceiro eixo proposto ao debate.

O quarto e último eixo confere destaque as faces do processo de formulação da PNH, quando serão apresentadas as diversas ações e movimentos que compuseram este o processo.

4.1. O PROCESSO DECISÓRIO POR UMA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Esse primeiro eixo de debate, busca apresentar os elementos que conferiram à humanização destaque na agenda de prioridades do Ministério da Saúde, nos anos iniciais do governo Lula.

Nessa intencionalidade, durante as entrevistas, foi possível identificar outras temáticas que, para além da humanização, ganharam iluminação na agenda de compromissos do Ministério da Saúde.

Dentre essas temáticas, o acesso, a formação profissional – com a criação de uma Secretaria específica de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - e o desenvolvimento do campo da ciência e da tecnologia foram, da mesma maneira, debates relevantes à época no Ministério.

“Toda a nossa gestão no Ministério da Saúde nós procuramos nos pautar pelo cumprimento do que a Constituição define como tarefa da Política de Saúde, e também pelo que a lei orgânica da Saúde define. Portanto, diversos pontos foram objeto da nossa preocupação. A questão, por exemplo, do acesso nós trabalhamos muito, criamos programas, ampliamos o que já havia. Do ponto de vista da formação profissional nós chegamos a criar inclusive uma secretaria específica para isso, do ponto de vista do desenvolvimento da ciência e tecnologia a mesma coisa”. (Entrevistado 2)

As ações assistenciais na atenção básica, bem como na média e alta complexidade foram igualmente elencadas como importante atuação daquela gestão.

No entanto, para além de estratégias em prol da ampliação da atenção à saúde, a avaliação de que a qualificação das práticas - de assistência e de gestão - era essencial à Saúde Pública brasileira, também conferiu forte elemento às discussões no Ministério.

Cabe destacar que, apesar de constituir pauta em diferentes Secretarias no Ministério, tal discussão acerca da qualificação mantinha um locus privilegiado de debates dentro da máquina ministerial, qual seja a Secretaria Executiva.

Como visto no capítulo anterior, uma das primeiras ações do grupo que assume a Secretaria Executiva foi a redefinição do papel historicamente a ela atribuído, passando de mero gestor financeiro à assessoria ao Ministro na produção de políticas.

Destaca-se assim, a Secretaria Executiva sob a gestão de Gastão e, especialmente os trabalhos conduzidos por Regina Benevides, como locus relevante de aprimoramento do debate que traria à discussão o movimento em prol da humanização como política pública.

Mediante a compreensão de que havia um importante protagonismo dos profissionais da Secretaria Executiva no processo de formulação estudado, o questionamento nas entrevistas realizadas, buscou investigar os caminhos pelos quais a humanização ganhou centralidade na agenda de prioridades do Ministério.

Uma das primeiras questões dirigidas aos entrevistados foi quanto à solicitação, por parte de alguma instância fora da Secretaria Executiva, para a formulação de uma política para a saúde nos moldes da PNH. A resposta abaixo ilustra que não houve tal solicitação:

“Olha, não diretamente. Não é enunciado isto, mas é claro que estava na expectativa a experimentação que nós fizemos no movimento anterior do PNHAH. Mas não tínhamos muita coisa ainda. Era muito embrionário, era muito incipiente”.
(Entrevistado 5)

Assim, a proposta inicial e que depois ganhou importante expressão no Ministério nasce, ainda que de forma embrionária, dentro e pelo grupo de profissionais que compuseram a Secretaria Executiva.

Cabe esclarecer que, com base nas informações coletadas nas entrevistas, esse grupo não chegou ao Ministério com a proposta da PNH previamente elaborada. Mas foi justamente do encontro/relação desses profissionais com a máquina ministerial que a Política de Humanização foi gestada. Este movimento caracteriza o elemento processual que vai marcar a humanização como política pública.

“A PNH, ela não é como Atenas, ela não sai toda pronta da cabeça. Então ela não é prévia, enquanto formulação à nossa entrada no Ministério. Ela surge do contato desse grupo com o Ministério. É ali, naquele convívio desses novos atores que estão sendo convocados pelo governo PT para dar uma contribuição para as políticas públicas, é naquele convívio que brota a ideia de uma PNH. Então, a PNH ela não nasce tendo que se haver com a máquina. Ela nasce se havendo com a máquina”. (Entrevistado 1)

Essa não se constitui uma discussão trivial, pois cabe destacar que é a partir do contato, das percepções, do contexto, das possibilidades e impossibilidades que se apresentam aos atores naquele momento que a PNH é concebida.

Assim, face ao entendimento de que a humanização foi gestada pelo grupo de profissionais da Secretaria Executiva e não por uma solicitação de grupo ou instância externa aos atores-formuladores, e que a proposta emerge exatamente de seus contatos com a máquina ministerial, outra direção de questionamento se fez necessária.

Nas entrevistas realizadas, na produção bibliográfica desse campo, bem como nos documentos técnicos relacionados à formulação da PNH é encontrada a informação de que “em fevereiro/2003, a nova equipe de governo na saúde definiu-se pela construção da Política Nacional de Humanização, que englobasse as iniciativas já existentes, rearticulando-as de modo a superar o caráter isolado de cada uma, potencializando-se e espraiando o conceito de humanização”. (BRASIL, 2004b, p. 5)

O curto espaço de tempo decorrido entre a chegada do grupo à Secretaria Executiva - janeiro 2003 - e a apresentação ainda que de forma preliminar da PNH em fevereiro de 2003, trouxe importante eixo analítico de discussão para essa tese.

A análise que se pode inferir frete aos fatos identificados, trata-se da configuração de uma ‘janela de oportunidades’ (KINGDON, 2003 [1984]) para que os debates e produções para a Saúde Pública, que vinham sendo

desenvolvidos pelos atores em seus campos de trabalho, pudessem ser pautados agora na esfera federal.

De fato, os recém chegados profissionais da Secretaria Executiva, decidem pela formulação da PNH já em fevereiro de 2003. Conforme ilustra a transcrição de parte da entrevista abaixo, a proposta da formulação da PNH foi levada ao debate em seminário interno no Ministério.

“Em fevereiro de 2003, a gente teve um seminário (...) em que participaram as pessoas que estavam ligadas às direções do Ministério. Então o Ministro, o Vice-Ministro, os Diretores das grandes áreas, dos departamentos, das Direções e dos Departamentos”. (Entrevistado 6)

O seminário ao qual se refere o entrevistado seria parte das primeiras reuniões daquela gestão no Ministério da Saúde. Tais reuniões teriam como principal objetivo os debates em torno da identificação dos desafios e das ações prioritárias que comporiam a agenda do Ministério.

No caso específico do seminário relatado pelo entrevistado, o tema de destaque das discussões se deu em torno das mudanças necessárias no Ministério da Saúde, quanto a sua estrutura organogramática e física, para que as mesmas estivessem alinhadas às linhas prioritárias de ação.

Esse seminário tratava de momento importante no qual estavam sendo priorizadas as linhas estratégicas de trabalho para a Saúde Pública do país, bem como o planejamento interno da máquina para que estas fossem alcançadas.

“Foi uma reunião, um trabalho de dois dias, em que foram tomadas algumas definições de prioridades e de linhas de ação e algumas mudanças do Ministério da Saúde. E uma delas, claro, depois de muito debate, com uma apresentação de por que essa política, por que esse programa podia ser repensado na perspectiva de uma Política Nacional [grifo nosso], não apenas ligada à questão dos direitos do paciente, que ainda era bastante precário, mas muito mais do que isso, envolvida na discussão da gestão dos processos de trabalho em saúde, na garantia dos três princípios do SUS”. (Entrevistado 13)

A fala acima chama atenção para a consideração do PNHAH e para o reposicionamento conceitual da humanização no processo de formulação da PNH, como será abordado adiante. A discussão no seminário, citado nas entrevistas realizadas, constituiu campo de debate político e de definição de prioridades para aquela gestão.

“O debate se fazia a partir das tensões entre concepções diferentes. Havia escolhas, de um lado, que visavam aos “focos e resultados dos programas” e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão”. (BENEVIDES E PASSOS, 2005b, p. 562)

Nesse contexto, o grupo liderado por Gastão consegue pautar, nas discussões de definição de prioridades na agenda ministerial, a humanização enquanto uma estratégia transversal para o sistema de saúde.

“Foi uma apresentação e uma discussão política. Na verdade, foi uma discussão de políticas de saúde e de prioridade. E nós conseguimos, nós conseguimos, digo, o grupo, liderado pelo Gastão, nós conseguimos, então, fazer com que essa se tornasse um dos investimentos dos próximos anos do Ministério da Saúde. E foi nesse momento, então, que fica claro que um dos papéis (...) era de transformar esse programa [PNHAH], que era um programa de humanização dos hospitais, numa Política de Humanização, que fosse mais transversal”. (Entrevistado 6)

O conceito de transversalidade se constituiu um construto chave ao processo de formulação da PNH. A verticalidade dos programas e das ações de saúde já era percebida e debatida pelo grupo que chegava ao Ministério, além de bastante criticada por aqueles que faziam suas análises acerca das estratégias de atuação do Ministério da Saúde.

“Esse é um termo [transversalidade] que se torna chave, porque a ideia era justamente quebrar com a verticalidade dos programas, pensando em uma política que fosse transversal, que estivesse dialogando com os desafios de cada um dos programas, de cada uma das políticas formuladas no Ministério (...) Era o argumento da transversalidade como um mecanismo, porque todos estavam de acordo que havia uma extrema verticalização dos programas e que era necessário trabalhar essa verticalização para que ela caminhasse mais no sentido da integração e da integralidade”. (Entrevistado 13)

O conceito da transversalidade mantinha suas raízes na tradição da análise institucional francesa, proposto por Felix Guattari³⁶.

É um conceito que vem de uma tradição, que é uma tradição socioanalítica, é uma tradição da análise institucional francesa, e que, em última instância, nos permitiu entender e aclimar a inseparabilidade entre clínica e política, o que, depois, no plano formado pela humanização no Ministério da Saúde, nesse ideário formulado pela PNH, se dá como inseparabilidade entre a atenção e gestão. Então, a noção de transversalidade, que foi um conceito proposto pelo Félix Guattari em 1964, é um conceito muito caro”. (Entrevistado 8)

Benevides e Passos, referenciando o conceito proposto por Guattari, explicam que “chamamos de transversalidade o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz vários atores, sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados”. (2005a, p.393)

Nesse contexto, a proposta da PNH foi a de se constituir como uma política que perpassava os diferentes setores do Ministério, buscando “traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas”. (HECKERT ET AL, 2009, p. 496)

Vale destacar que apesar de ter sido aprovada e elencada na agenda de prioridades, a humanização enquanto política pública era ainda desacreditada no interior do próprio Ministério, fato que demonstra que não havia consenso nem adesão maciça a proposta formulada pela Secretaria Executiva, por parte dos demais setores ministeriais. Como mencionam Benevides e Passos (2009, p. 19) “nos idos de 2003 a proposta de uma Política de Humanização era vista como utopia de poucos. Identificada a atos humanitários que dependiam, portanto, da boa vontade de alguns (...)”

³⁶ Pierre-Felix Guattari e Gilles Deleuze são dois importantes filósofos franceses que marcaram de maneira importante as bases teóricas de formulação da PNH. Os estudos desses filósofos já vinham sendo desenvolvidos, especialmente, pelo grupo de profissionais da UFF. Considera-se que o conteúdo destas ideias embora extremamente relevantes fogem ao escopo da presente tese.

Nesse contexto, conforme ilustra a transcrição do trecho de entrevista abaixo, a relevância do apoio do então secretário Executivo, Gastão Wagner foi essencial.

“Havia uma percepção da maior parte das pessoas de que isso era importante. Então, é claro, quando você traz esse argumento e traz uma proposta concreta de que uma política que fosse mais transversal poderia contribuir para a quebra dessa extrema verticalização, ela ganha uma certa aceitação, embora eu tenha que confessar que foi aceito, foi priorizado, mas havia uma certa descrença, uma certa benevolência nessa aceitação. “Ah é, pode ser legal, pode ser importante”. Aqui o Gastão foi fundamental. O Gastão é uma pessoa extremamente respeitada, forte, consistente do ponto de vista do trabalho político, então o fato dele estar apoiando e liderando esse processo foi decisivo”. (Entrevistado 6)

A esse respeito vale lembrar a discussão apresentada por Kingdon quanto a influencia decisiva dos atores visíveis e invisíveis na composição de temas na agenda governamental. No caso em tela a capacidade de influencia exercida pela Secretaria Executiva, associada à liderança de Gastão enquanto importante formulador no campo da saúde possibilitou a defesa de uma Política de Humanização e sua entrada na agenda de prioridades do Ministério da Saúde.

Para além do protagonismo do grupo da Secretaria Executiva, bem como o apoio e liderança de Gastão, oferecendo o suporte essencial ao processo, cabe compreender para fins de análise, especialmente por se tratar de uma nova política pública gestada naquele contexto, a articulação desse processo com o Ministro da Saúde à época, Humberto Costa.

Conforme apresentado, apesar de ter tido aprovação, enquanto uma das linhas prioritárias de trabalho do Ministério, a PNH não mantinha fundante adesão e confiança dos demais Secretários que compunham o coletivo do seminário destacado.

Quanto ao Ministro Humberto Costa, o relato de um dos entrevistados aponta que:

“O Humberto era ainda o pensador em saúde da velha guarda. Ainda pensa programaticamente. Programas, ações. Eu não

sei se tinha clareza no que a gente estava fazendo. Me parece mais, que o movimento o capturou e ele aceitou aquele movimento mas eu não sei, eu não posso te dizer exatamente o quanto ele compreendia o movimento e o quanto ele dava legitimidade para isso. O quanto a construção da dobradinha Regina e Gastão atravessava mais em construir esse papel. Eu acho que ele era engolido pelo processo, porque ele batia de todos os lados, inclusive da previdência. A previdência elegeu a Humanização como eixo importante das suas ações prioritárias, então ele era demandado, e ele precisava correr com isso. Então aí ele abriu as portas. Mas eu não sei se por entendimento. Talvez essa coisa era muito poética, mas estava resolvendo alguma coisa no campo?”. (Entrevistado 11)

O relato reafirma a inferência de que a proposição da humanização enquanto política pública passava especialmente pela Secretaria Executiva, e que apesar de aprovada, não era uma proposta que alinhava convicção de que atenderia as demandas concretas do sistema.

Tal direção converge com o pensamento apresentado anteriormente de que havia aceitação ao processo, mas não convicção quanto ao retorno às necessidades da Saúde Pública do país.

“Mas tinha uma questão mais pragmática, precisamos de mais tecnologia de gestão. Então, veja, é por causa disso eu digo: será que, na cabeça do Humberto não passava, assim: ah, esse pessoal é poético, mas tudo bem tem um campo que eles podem satisfazer, que é o campo das relações. Mas eu não preciso só disso, eu preciso de alguém para fazer as coisas acontecerem. Se para implementar a tecnologia de gestão, eu preciso resolver a questão da assistência propriamente dita, esses caras vão demorar muito. Eu acho que era assim, um pouco, a cabeça dele. Conhecendo o Humberto na relação, ele nunca me disse isso claramente, é o que eu estou te dizendo é a minha percepção”. (Entrevistado 5)

A parceria Gastão e Regina é assim apontada como composição essencial ao nascimento e possibilidade de construção da PNH. A construção da Política Nacional de Humanização, localizada na Secretaria Executiva, nasce dessa conjunção de forças dos profissionais que naquele contexto, ocupam esse lócus no Ministério, e promovem as condições concretas e essenciais à formulação da PNH.

“A construção Regina/Gastão vai atravessando isso de outro jeito, dentro do colegiado. Então acho que essa construção Regina/Gastão vai fazer essa formulação para dentro do Ministério e vai dar força para a política, tanto que, organicamente, ela está colocada em um ponto estratégico, dentro da Executiva. (...) Ela está ali, do lado da sala do Gastão. Isso não é trivial. Tem um significado, isso quer dizer algo”. (Entrevistado 11)

Diante desse cenário, a proposta pautada no argumento da transversalidade é considerada uma das linhas de trabalho estratégicas do Ministério da Saúde naquela gestão. A humanização compreendida enquanto política pública ganha assim destaque e centralidade no trabalho da Secretaria Executiva, ficando sob a responsabilidade de condução de Regina Benevides. Sendo assim,

“Por se tratar de uma política transversal ao conjunto das práticas de atenção e gestão da saúde, foi definido que a coordenação seria feita pela secretaria Executiva – para isto sendo designada a Dra. Regina Benevides – e que todas as demais áreas teriam seu papel a desempenhar na implementação das ações de viabilização”. (BRASIL, 2004b, p. 5)

Nesse contexto, o entendimento foi de que o trabalho caberia à própria Secretaria Executiva, pela compreensão do caráter transversal de atuação dentro do Ministério. No entanto, cabe novamente resgatar que a aprovação da PNH não significou que esta política tenha sido encampada de fato como prioridade no Ministério. Um indicador dessa perspectiva é que apesar da aprovação enquanto linha estratégica do Ministério da Saúde, não houve alocação de recursos financeiros a política.

“O argumento foi o seguinte: essa é uma política transversal. Nós vamos ter que trabalhar com a atenção primária, com os hospitais. Agora, precisa ter um grupo que estimule, que leve, que apóie os municípios, os estados. A gente quer montar uma rede de consultores (...) O Ministro aprovou, ficou lá na Secretaria Executiva. Só que foi aprovado sem recursos. Não tinha recurso. (...) Nenhum”. (Entrevistado 3)

A não aprovação de recursos não impediu o trabalho realizado pela Secretaria Executiva. No entanto, também não favoreceu o desenho em curso da política, uma vez que “o [recurso] que a gente tinha era para contratar assessores. Não tinha nenhum recurso para os projetos de intervenção nos estados, municípios, hospital público universitário... (...) Só tinha o pessoal”. (Entrevistado 3)

Diante desse quadro, os atores-chave entrevistados relatam que o semestre que se seguiu foi bastante frutífero para a montagem da PNH. Apesar de contar com um grupo pequeno, no interior da Secretaria Executiva a formulação da PNH buscou considerar os diferentes programas e setores do Ministério, além das iniciativas trazidas pelos estados. Destaque deve ser conferido ao PNHAH, objeto de discussão da próxima sessão.

“Foi um semestre de composição. Composição com o que tinha, com o que existia, composição com as diferenças, composição com níveis de ação dentro do SUS, com programas diferentes e complexos (...) Então foi um esforço nosso, e nós éramos uma equipe muito pequena nesse momento, pequena mesmo, três, quatro pessoas. E que na verdade foi aí se formulando, é um processo de formulação mesmo. Então nós visitamos muitos Estados, conversamos com pessoas as mais diversas nas Secretarias de Estado, nas Secretarias Municipais, alguns que já estavam ligados ao Programa Nacional de Humanização anterior.” (Entrevistado 6)

4.2. A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PARA A FORMULAÇÃO DA PNH

Uma análise mais aprofundada da relação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) frente ao processo de formulação da política analisada por esse estudo se constituiu necessária, uma vez que esta foi apontada em todas as entrevistas realizadas.

Nessa direção de análise, remontando brevemente à construção e aos principais pressupostos desse programa, é relevante contextualizar que o

PNHAH é fruto de propostas que vinham sendo desenvolvidas no campo da humanização, ainda em gestão anterior a do Ministro Humberto Costa.

“A gestão Serra tinha um programa de Humanização voltado para hospitais, coordenado pela Eliana Ribas, que é de São Paulo, que é Psicóloga, e que trabalhava muito na linha de análise institucional, de psicoterapia institucional, de grupos, de desenvolver grupos de humanização em hospitais que quisessem que se voluntariassem. E ela montou uma rede de assessores, porque o Ministério não tinha funcionários, ficou anos sem concurso, (...) então ela montou uma rede de assessores muito boa, pegou o pessoal da reforma psiquiátrica, principalmente o pessoal da saúde mental, de Belo Horizonte, de Minas, de São Paulo, do Rio, de Porto Alegre (...) o Baremlitt lá de BH, enfim, era um pessoal muito bom e o trabalho não era ruim, era restrito, enfim... e a gente... e essa proposta estava na Secretaria Executiva já. É um programa, é um dos programas verticais, um deles”. (Entrevistado 10)

Conforme pode ser observado na transcrição de parte da entrevista, o PNHAH tinha como interlocutores, em sua fundamentação e experimentação, importantes nomes no campo da Saúde Pública, em especial da saúde mental. As produções e pensamentos articulados à análise institucional, e à reforma psiquiátrica no campo da saúde, conferiam à humanização relevância nas unidades hospitalares em que o programa era aplicado.

Entretanto, cabe destacar na fala do entrevistado acima, dois dos principais questionamentos postos ao programa por profissionais do campo da saúde e, em especial, posteriormente, por aqueles que conduziram o processo de formulação da PNH: o espectro restrito e a atuação vertical.

Vale enfatizar que os atores-chave já vinham discutindo a relevância da temática da transversalidade como proposta de trabalho a ser conduzida pela Secretaria Executiva naquela gestão. Nesse sentido, um programa que já se encontrava sob a gestão da Secretaria Executiva, com um campo de atuação restrito a unidades hospitalares e atuação vertical seria importante tema de análise do grupo que chegava ao Ministério.

Cabe lembrar que “Regina vai ser diretora de programa e ela vai pegar o espólio de um conjunto de coisas que vêm da gestão passada. E um dos temas importantes que estão lá eram: o da promoção da saúde e um

programa, chamado Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH”. (Entrevistado 4)

O PNHAH mantinha como estratégia a busca por “iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre profissionais de saúde e usuários, entre os próprios profissionais e entre o hospital a comunidade, de modo a garantir o bom funcionamento do Sistema Único de saúde – SUS” (BRASIL, 2002c, p.7).

Nessa direção, o programa tinha como objetivo fundamental “aprimorar as relações entre os profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade”. Assim, “ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo o ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias”. (BRASIL, 2002c, p.7).

Nesse contexto, a compreensão quanto ao conceito de humanização estava bastante vinculada a temáticas como dignidade, ética, reconhecimento da palavra do outro, comunicabilidade, capacidade de falar e ouvir.

“Humanizar é garantir a palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça. Do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes”. (BRASIL, 2002c, p. 12)

Nessa direção, como lembram Benevides e Passos (2005a, p. 389) “tais iniciativas encontravam cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo secundarizada (quando não banalizada) (...) a fala era de esgotamento”.

Diante do desenho em que o conceito de humanização no PNHAH está imerso, alguns dos apontamentos dos atores entrevistados destacam que as

ações do referido programa se direcionavam para processos de crença religiosa, filantropia, assistencialismo e paternalismo.

“Ela era uma intervenção que, como dispositivo não mexia em qualquer campo de gestão, não entrava na gestão do trabalho. E aí foi a grande questão que nós tomamos”. (Entrevistado 4)

Tal como inscritos no desenho do programa, os debates não direcionavam o campo da humanização à problematização dos direitos dos cidadãos, das construções sociais e da forma como estas influenciam os indivíduos e o campo da atenção à saúde. Nessa direção, o debate quanto à transversalidade do tema também não era considerado.

“Com o PNHAH, a gente via que as experimentações de Humanização (...) ainda estavam ligados muito ao processo de crença religioso, à questão da filantropia, a questão do assistencialismo, do paternalismo, da proteção do indivíduo. Ele não tinha um cunho de penetração social, de discussão de direitos da sociedade, dos direitos do sujeito, do cidadão, enfim, ele não era atravessado exatamente por isto (...) Então, o movimento da Política Nacional de Humanização, a gente tinha claro que ele precisava ganhar esse contorno social, que precisava ganhar essa alavanca. Sair do assistencialismo, sair do individualismo, do protecionismo para uma política de atravessamento”. (Entrevistado 5)

A atuação pontual ao campo hospitalar também foi destacada pelos entrevistados, na medida em que restringia o debate a campos específicos de atuação. Caracterizado como um programa com baixa amplitude de atuação, aliada à falta de investimentos financeiros para a sua atuação, o PNHAH era identificado como importante, mas ainda pouco permeável ao sistema de saúde.

“Era o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. E ele era um programa bastante pequeno, era um programa muito pontual, pequeno em termos de ação e praticamente sem recurso financeiro nenhum alocado no programa”. (Entrevistado 13)

Para além dos apontamentos quanto ao caráter pontual das ações, quanto a falta de recursos financeiros e quanto a articulação às crenças

religiosas, outro questionamento dirigido à PNHAH repousava na percepção, de que a prática no campo da humanização, também estaria essencialmente vinculada a questões relacionadas ao cuidado feminino, ou seja, tratado como “assunto de mulher” e assim, desqualificado.

“A tentativa de humanização do hospital são práticas anteriores, de outros governos. Só que aquela prática, a gente percebia que ela estava ainda muito fechada numa forma assintomática e muito desqualificada. Coisa de mulher e coisa de enfermeira, porque no Ministério, que é médico-centrado e falocrático, isso é desqualificado”. (Entrevistado 1)

“A Humanização não tinha qualquer tipo de reflexão sobre o que significaria Humanização e, ali, o programa anterior vinha com uma espécie de uma atitude muito vinculada a uma tradição judaico cristã (...) e muito próximo ao campo do feminino (...) Eram enfermeiras ou psicólogas, então tinha uma marcação de gênero”. (Entrevistado 12)

Não se pretende com tal debate desfazer da importância e dos ganhos advindos do PNHAH, sendo relevante ressaltar as diversas experiências de humanização que foram permeando as unidades hospitalares pelo país afora.

O que se pretende destacar dos dados coletados nas entrevistas é a incipiência das ações propostas pelo programa, frente aos debates que os atores que chegavam ao Ministério no início do governo Lula estavam se propondo a conduzir.

“Também porque o modo como o programa estava configurado era ainda muito inicial. Não que fosse ruim, mas muito inicial. E era muito ligado a uma ação dos hospitais. Era um programa de humanização para que os hospitais pudessem realmente tratar melhor o paciente, pudessem respeitar o paciente, enfim, tem coisas evidentemente boas e interessantes no programa anterior, mas ele era um programa muito circunscrito aos hospitais e muito ligado a essa ideia de humanização de tratar bem o paciente”. (Entrevistado 13)

Nesse contexto, percebido como um programa da gestão anterior, sem importante expressão dentro do Ministério da Saúde, o PNHAH era avaliado como sendo de pequeno espectro, bastante circunscrito aos debates do campo hospitalar e com pouca visibilidade nas ações de saúde. Sendo assim “ele era

bem desvalorizado. Ele era visto até como um programa... Ele era até um pouco ridicularizado, se você quer saber a verdade. Assim: ah, Humanização, que história é essa? Ah, ok, tornar todo mundo humano”. (Entrevistado 6)

O reconhecimento de que o PNHAH era percebido, pela própria gestão que assumia o Ministério da Saúde, como programa secundário e pouco potente foi um dos elementos que contribuiu para que o mesmo fosse encampado pelo grupo da Secretaria Executiva, conferindo-lhe novas bases.

O que se quer argumentar aqui é que “reposicionar” a humanização a partir da PNHAH foi uma estratégia deste grupo de atores para fugir de possíveis resistências no interior do próprio Ministério e promover adesão nos estados e nos municípios.

Ao mesmo tempo, o termo humanização passaria a assumir novas dimensões, sob o qual confluíam temas e métodos para fazer operar os princípios do SUS.

“Esse programa, o Programa de Humanização, era um programa pouco conhecido no Ministério como um todo e ele era pouco valorizado. Na verdade, ele era visto como uma ação que o Serra tinha feito, que podia ser interessante, mas que não tinha nenhuma consistência, nenhuma operacionalidade. Então ele era bastante pouco valorizado. Eu diria que era um programa, usando uma linguagem que a gente usa na filosofia francesa, ele era considerado um programa menor. Menor não porque era pequeno, mas era um programa que é muito circunscrito; era um programa que não aparecia de maneira clara”. (Entrevistado 6)

E assim, pela compreensão daquele grupo que compunha a Secretaria Executiva de que os contornos do PNHAH necessitavam ser redesenhados, a PNH constituiu-se como “alavanca” para um processo que discutiria a humanização.

“É tinha, (risos) essa é uma discussão que para mim é muito etérea, e a gente é humano, não faz sentido, e aí vinculava muito a humanização àquela questão piegas, amor por todo muito, tratar com amor, então tinha uma aversão a esse tipo de humanização”. (Entrevistado 7)

Nesse formato, conforme discussão anterior nesse capítulo, o então intitulado PNHAH passa a ser reformulado por aquele grupo que compunha a Secretaria Executiva do Ministério, sendo convocada “Regina Benevides para coordenar esse programa com a ideia de não liquidá-lo, mas de ampliá-lo, de transformá-lo numa política, aí foi gestado o HumanizaSUS”. (Entrevistado 3)

4.2.1. “A FERRAMENTA NÃO INVENTADA”

Nesse contexto, as discussões sobre o PNHAH direcionaram os profissionais que conduziram o processo de formulação da PNH ao questionamento sobre “o que fazer com esse tal programa que tinha consultores e que tinha uma inserção relativamente ampla (...) e aí nós começamos um longo debate sobre o que era a humanização”. (Entrevistado 4)

Os debates sobre o campo da humanização, bem como as críticas quanto ao formato e concepção do PNHAH levaram a “constatar desde o início de que não estávamos inventando a roda”. (Entrevistado 1)

Havia o entendimento de que seria necessário rediscutir o desenho do PNHAH, bem como a sua amplitude e concepção quanto à humanização no campo da saúde. Aliado a isso, a percepção quanto à riqueza de materiais produzidos e descartado pelos movimentos políticos partidários, nos processo de transição na máquina de governo - os “porões” do Ministério - direcionou importante decisão pela adoção de “ferramenta” antiga, não inovadora, mas reformulada e potencializada em sua possibilidade de operação.

Nessa direção, qual seria a ferramenta, não inovada, mas remontada e potencializada disponível àquele grupo para o debate? Assim, “qual seria a ferramenta não inventada? A gente não quis inventar uma ferramenta, a gente quis resignificar e potencializar alguma coisa que tivesse no Ministério”. (Entrevistado 8)

O reposicionamento da concepção de humanização constituiu-se, assim, em importante estratégia de resistência ao que um dos entrevistados denominou de “narcisismo da máquina”.

“Essa estratégia que eu falei de tentar resistir a esse narcisismo próprio da máquina. Porque uma das formas de narcisismo da máquina é criar marca. E criar marca é criar nome próprio. E aí é o que enche os porões. O porão está cheio de nome próprio. (...) Não, não vamos ter nome próprio não. Pegamos o nome humanização que vinha muito desqualificado. Ninguém quis transformar aquilo em nome próprio”. (Entrevistado 1)

Importante ressaltar a inovação e o traçado diferenciado que marca o grupo de profissionais que compuseram a Secretaria Executiva naquela gestão. A proposta de trabalho elencada buscou, para além de marcas e legados políticos, propor redirecionamento técnico e crítico frente aos desafios do sistema de saúde e, principalmente, garantir a constância, em momentos futuros, das ações e diretrizes desenhadas.

Assim, pelos elementos demonstrados anteriormente, a humanização passa a conceito-chave de debate que levaria às concepções teórico-metodológicas do grupo de profissionais entrevistados. Afinal, “de quem é? Não é de ninguém. Ela [humanização] não é específica. Ela é transversal e alguém vai dizer que é contra?”. (Entrevistado 1)

Nessa direção, a aposta não era negar os acúmulos de gestões anteriores, identificados como propostas pertinentes ao trabalho que se pretendia desenvolver. Ao contrário, propunha-se potencializar e redefinir as construções elaboradas até aquele momento, para desenhos em consonância com as ideias, crenças, percepções e formulações teórico-práticas dos profissionais que, naquele momento histórico, conduziam o processo de formulação de uma nova política pública para o campo da saúde.

“A ideia era não negar o acúmulo que o Serra tinha feito no programa de humanização, tinha um grupo de psiquiatras de São Paulo que trabalhava, um grupo que tinha potência, muito voltado para o hospital, a própria Regina era consultora desse programa, então a gente parte de um acúmulo já existente na gestão anterior, e dá uma ampliada nele no sentido da política,

inclusive numa revisão dos conceitos e dos métodos”.
(Entrevistado 9)

A estratégia foi buscar, como explica um dos entrevistados, a potência do “menor”, a potência da transformação, sendo este caminho elencado através da potencialização e redefinição do conceito de humanização. Caminho este que era capaz de produzir frutos relevantes aos processos de trabalho e ressonância, principalmente, junto aos profissionais de saúde.

“A gente pegou esse lugar “menor” e usamos esta estratégia, que foi uma estratégia também que a gente aprendeu com análise institucional. Que é encontrar a potência minoritária do menor. Entender que o menor não é necessariamente aquele aquele que é marcado pela menoridade. Mas aquele que tem um potencial de transformação. Então a gente pegou o conceito de Humanização e começamos a bombá-lo. A potencializá-lo. E essa potencialização dele fez muito sentido. Fez muito sentido para os trabalhadores. Produziu muita ressonância e foi uma coisa que nós não esperávamos”.
(Entrevistado 8)

4.3. A DECISÃO PELA MANUTENÇÃO DO TERMO ‘HUMANIZAÇÃO’

Diante da definição da humanização enquanto conceito chave a ser discutido e potencializado, com vistas a expressar o debate que os profissionais entrevistados buscavam alcançar no Ministério da saúde à época, um questionamento se colocou relevante nas entrevistas realizadas.

Por qual motivo o termo “humanização” seria mantido apesar de todas as críticas e elementos questionadores apresentados no item anterior? Como foi apresentado, havia uma estratégia de não criação de “marcas” que pudessem ser desacreditadas ou desmobilizadas em gestões político-partidárias futuras. Entretanto, essa justificativa não se mostrava suficiente para compreensão do por que, apesar das críticas, não haveria alteração do nome na política.

Cabe considerar que “uma das primeiras discussões que nós fizemos foi se nós teríamos ou não o nome humanização, porque esse nome era

muito... esse termo era muito sujeito a críticas e descrédito”. (Entrevistado 6). As análises dos dados demonstram que o primeiro movimento do grupo condutor do processo estudado foi pensar na modificação do nome, justamente pelas inúmeras críticas e baixa reflexão quanto ao tema em questão.

“O nosso primeiro movimento foi de tentar mudá-lo, porque nós vimos uma extrema crítica ao nome. O que seria essa humanização? Tornar humano o humano? Tornar mais humano o humano? O que é tornar mais humano o humano? Se não nós ficaríamos exatamente no lugar que nós queríamos sair, que era de dizer bom dia, como você está? Ou ligar a discussão de humanização aos cinco “S” de um serviço de qualidade”. (Entrevistado 13)

Assim, é relevante apontar que desde o início do trabalho realizado houve questionamentos quanto à manutenção de uma nomenclatura que vinha articulada a processos religiosos, solidários e com baixa reflexão quanto à problematização do trabalho em saúde.

“Sempre houve questionamento em torno desse nome e ainda há. (...) nós debatíamos sim o nome no início, nós questionávamos, porque achávamos que ele era tautológico, (...) Entretanto, é um nome consagrado, não é? Consagrado na mídia e consagrado dentro do governo. Era muito difícil você vencer essa posição e, por isso, eu acho que ele se manteve. Mas eu tenho a impressão que, se você fizer uma enquete, pelo menos entre os que começaram a política, você vai conseguir uma totalidade. Ninguém gostava do nome. Ninguém aprovava o nome. Mas eu acho que, por força da sua consagração, acho que não por outro motivo”. (Entrevistado 5)

No entanto, não se pode deixar de considerar que apesar da desmotivação em relação à manutenção do termo humanização, este já vinha consagrado em diversas ações e programas no sistema de saúde. Assim, como uma espécie de “marketing político” o nome foi mantido, mas a proposta se direcionou para “reconstruir o conceito de humanização, de humanismo, agora em, humanismo crítico, reflexivo. E vamos manter o nome”. (Entrevistado 3)

Na busca de reposicionamento do termo humanização, outro entendimento relevante na análise do grupo formulador era de as relações

entre profissionais e usuários, e destes nas suas equipes de trabalho encontravam-se articuladas a entendimentos frente ao termo “humanização”, ou seja, ele já havia ganhado significação no sistema de saúde, apesar das críticas postas a este.

“Olha, quem está mexendo com isso está mexendo com esse campo de coisas aqui. Um pouco da gestão, um pouco da assistência, mas essencialmente (...) colocar em análise as relações. Isso já estava no imaginário. Já tinha construído significado. Mas sempre com risco de reforçar uma ação mais assistencialista, mais protecionista. Esse era o problema”. (Entrevistado 11)

Os trabalhadores se sentiam representados nos debates de humanização, fazia sentido às suas práticas as considerações sobre relações desumanizadas, cuidado diferenciado ao paciente, e principalmente às relações entre os próprios profissionais.

Vale ressaltar no trecho transcrito abaixo que o entrevistado informa uma pequena pesquisa realizada nos estados e municípios que corrobora, a relevância do termo humanização para as ações e projetos que vinham sendo encaminhados no sistema de saúde.

“Nós tínhamos uma crítica muito grande ao próprio termo. Nós, em um primeiro momento, teríamos mudado. Entretanto, uma coisa que nos chamou a atenção nesse processo, foi que isso fazia sentido para os trabalhadores que estavam nos serviços e para os pacientes. Nós fizemos uma rápida passagem nos estados e nos diferentes níveis da saúde de uma maneira geral, e percebemos que, para as pessoas que estavam no que a gente chamava da ponta. (...) Os usuários diziam que eles queriam realmente ser tratados de uma maneira melhor. E para o trabalhador também”. (Entrevistado 6)

A entrada do trabalhador como elo fundamental ao processo de cuidado e à humanização da saúde é uma inovação da PNH, já que os programas anteriores centravam-se nos usuários do sistema. Nesse contexto, em que o “trabalhador também se sentia pouco cuidado, o seu trabalho não era discutido, o seu trabalho era visto muito mais como um “meio para” do que propriamente um valor em si. Então, havia uma identificação. A humanização fazia sentido”. (Entrevistado 13)

Assim, para além da consagração do nome e dos sentidos identificados junto aos trabalhos dos estados, municípios e junto aos profissionais de saúde, um dos entrevistados ressalta outro ponto de análise que corrobora ainda a justificativa pela manutenção do nome humanização.

A experiência desses profissionais, que naquele momento histórico ocupavam a Secretaria Executiva do Ministério, os alertava quanto a resistências aos processos de mudança. O trabalho realizado em anos anteriores havia demarcado importante campo de sensibilidade quanto às modificações postas à gestão e a assistência. Nessa perspectiva, propor a alteração do nome, além da proposição de potencialização de sua construção – consenso da necessidade de seu redesenho – poderia promover resistências importantes ao trabalho que se pretendia desenvolver.

“Por que a gente manteve o nome? Um. Porque já tinha um programa com uma inserção importante em vários hospitais. Cerca de cem hospitais no Brasil já tinham trabalho [vinculado ao PNHAH]. Comissão, assessoria. Não tinha mudado nos hospitais o modelo de gestão da atenção, mas tinha uma tensão paradigmática (...) Uma tensão ali, produtiva, e trabalhos produtivos. (...) Então essa foi uma razão. A segunda é que (...) a gente tinha visto que o hospital é muito resistente a mudança de gestão e de atenção. Pela cultura médica, biomedicina. E quando vinha a mudança junto com a Humanização, o hospital dá uma certa abertura”. (Entrevistado 10)

Entretanto, é necessário afirmar que apesar das justificativas à manutenção do nome humanização apresentadas, a sua conceituação, conforme descrito anteriormente necessitava de reposicionamento. Para debater e formular novas concepções, o reposicionamento conceitual da humanização constituiu uma das principais direções de articulação e formulação a serem desenvolvidas pelo grupo de profissionais entrevistados.

“O que nós decidimos, o que nós optamos, foi de manter, mas na verdade, tensionar o sentido, esgarçar o seu sentido até o máximo do seu limite. E reposicionar o termo, o conceito, não apenas teoricamente, mas politicamente. Para nós, a redefinição conceitual era uma redefinição política”. (Entrevistado 6)

4.4. O REPOSICIONAMENTO DO TERMO HUMANIZAÇÃO

Como se pode reconhecer das considerações até aqui apresentadas a construção da PNH enfrentou um conjunto considerável de desafios, sem dúvidas que “um desses desafios foi o de construir um novo “sentido” para a humanização, haja vista a sua imediata associação ao benévolo, ao positivo, à interação harmoniosa entre sujeitos”. (PASCHE E PASSOS, 2010a, p. 425)

A ideia de que a redefinição conceitual teria implicações políticas marca importante redirecionamento do termo humanização a uma conceituação que considerasse novos horizontes, nestes termos, enquanto política pública transversal ao sistema de saúde.

Nesse contexto, Benevides e Passos (2005b, p.562) nos lembram que:

“Tínhamos, então, um duplo problema: seja o da banalização do tema da humanização, seja o da fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde. Na verdade, trata-se de um mesmo problema em uma dupla inscrição teórico-prática, daí a necessidade de enfrentarmos a tarefa de redefinição do conceito de humanização”

Assim, marcado enquanto redefinição política, de direção estratégica para o sistema de saúde, a humanização passa a ser desenhada por seus interlocutores enquanto estratégia de reposicionamento dos sujeitos, aumento do poder dos usuários e do trabalhador, buscando a garantia de uma democracia institucional pautada na participação coletiva dos atores envolvidos com os processos de cuidado à saúde da população.

Reposicionamento político, institucional e no sistema de saúde são os novos contornos para antigos debates, que passaram a compor algumas das linhas de construção que viriam a subsidiar os princípios e diretrizes da PNH.

“A ideia nossa era trabalhar o conceito de Humanização conforme a gente entendia em todos os níveis de atendimento, Atenção primária, em hospitais, na saúde mental. E a gente fez uma série de seminários, de consultas e tal para definir Humanização. O deslocamento que a gente fez foi o seguinte: humanizar é aumentar o poder do usuário, do trabalhador no serviço de saúde, particularmente do usuário, mas também dos profissionais, levando à democracia institucional, cogestão, de

gestão participativa, não só do conselho municipal, estadual, mas dentro do serviço”. (Entrevistado 3)

Na avaliação do grupo da Secretaria Executiva, responsável pela condução do processo de formulação da PNH, tratava-se de um “processo de enfrentamento dessa concepção que foi muito radical. A capacidade de formulação e intervenção do grupo que produziu o referencial teórico metodológico era muito grande. A potência de Regina, de Claudia Abbes, do Eduardo Passos”. (Entrevistado 9)

O reposicionamento mencionado constitui-se em uma aposta de reconstrução que implicava em grandiosa desconstrução, uma vez que os próprios profissionais mencionavam nas entrevistas realizadas que ao “tomarmos o nome humanização, fomos lidando com ele. E lidar com ele era uma tarefa nitiniana, era uma tarefa que tinha que ser quebrada, a humanização tinha que ser quebrada, e esta era uma tarefa para martelos”. (Entrevistado 4)

A expressão utilizada pelo entrevistado, “tarefa para martelos” expressa as dificuldades que seriam encontradas, bem como a solidez e o enrijecimento que as concepções de humanização já haviam tomado no imaginário e nas práticas do sistema de saúde até aquele momento.

A desconstrução dos usos da humanização se impunha pela necessidade de redefinição que se pretendia operar com a formulação de uma política pública, como expressa o depoimento a seguir.

“A reconstrução implicava em uma desconstrução. E acho que, na desconstrução disso, se fixou mais na lógica do arcabouço organizativo que estava em torno de um programa e que, portanto, não era política, e que trabalhava sem uma reflexão ou tomava um conceito leigo de Humanização”. (Entrevistado 4)

Nesse bojo de discussão, cabe lembrar que o conceito que objetivava reposicionar estava intimamente marcado, até aquele momento, pela filantropia, pelas crenças religiosas, pela determinação de gênero e por categorias profissionais.

Benevides e Passos (2005a, p. 390) debatem sobre o conceito-sintoma que a humanização havia adquirido: “a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado”.

Os autores apontam que este caráter sintomático do conceito de humanização impõe a necessidade de que seja identificado o que nele se paralisa, mas também aquilo que nele insiste, mostrando assim sua face positiva.

A aposta seria no reposicionamento em direção a um conceito que não repetisse sintomas já cristalizados, nas diversas instâncias do sistema de saúde, mas que se propusesse criador de diferença, conforme descrito por um dos entrevistados.

“Só que nós pegamos um conceito que era um conceito sintoma. Por que ele é sintoma? Porque ele tinha uma forma que repetia um certo modo de operar que estava muito ligado à filantropia. Estava muito ligado ao voluntarismo, estava ligado ao nível de assistência, a uma categoria profissional, a um gênero. Aí nós chamamos isso de conceito-sintoma. Então, a gente falou: a gente tem que transformar o conceito-sintoma em um conceito criador de diferença”. (Entrevistado 1)

É possível afirmar que se apostava na discussão da gestão e da atenção, trazendo o sujeito à cena para problematizar o trabalho em saúde, a partir os sujeitos e não para além destes. Tratava-se assim da perspectiva de reposicionar a reflexão quanto à potência do sujeito frente a sua condição de trabalhador, e de usuário questionador e propositivo, frente ao sistema público de saúde do país.

“E vamos discutir gestão, atenção. Vamos encarnar na Humanização, que deixou de ser um negócio ético, porque ficava muito moral, ético. Ético eu estou sendo educado. Mas mesmo usando grupo, tal, Humanização... são recomendações pastorais. Seja polido, cumprimente... festa de aniversário, visitas, chega mais um acompanhante, pai. E agente disse não.

Humanização é trazer o sujeito à cena. E não apagar o sujeito no processo de trabalho, o sujeito usuário e o trabalhador na gestão. É aquela coisa das relações de poder. Mudar o poder. Porque são sujeitos e aumentar a capacidade dessas pessoas de reflexão, de ação, de negociação, de resistência, de usuários”. (Entrevistado 3)

Todavia, cabe ressaltar que a redefinição de um conceito estruturalmente calcado em acepções de solidariedade, religiosidade e auxílio mútuo entre os pares, não é simples de ser operado.

Os usos ao qual a PNH se propunha rediscutir não se pautavam apenas no cenário do sistema de saúde. Conforme apontado anteriormente havia a permeabilidade de esferas religiosas e de construções assistenciais que refletiam sentido no campo da Saúde Pública, mas também concebidos, por outro lado, em outras referências sociais, sendo este um campo de disputas.

Nessa direção, a tradução de nova redefinição constituía tarefa contínua e essencial ao reposicionamento que se pretendia potencializar. A tradução caracterizada pelo entrevistado, apresenta não somente o movimento de reconstrução dos sentidos, mas também importante oportunidade de debate quanto ao tema em questão.

“Agora, é óbvio que é um tema que produz muito... é um tema que sempre tem que ser explicado. As pessoas diziam: são humanos que... cuidam de humanos, que diabos de Humanização é essa? Então a Humanização, ela sempre necessita de uma tradução. Talvez essa seja uma certa potência dela. Porque é algo que sempre coloca uma questão e, quando coloca uma questão, sempre abre espaço para o pensamento. Abre espaço para o pensamento e para a discussão. Humanização? Que é isso? Então esse “o que é isso” eu acho que tem uma força, a expressão “Humanização”, ela força a expressão de forças, que se pergunta sobre isso”. (Entrevistado 12).

4.5. AS MÚLTIPLAS FACES DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH

Durante as entrevistas realizadas uma peculiaridade bastante interessante sobre o processo de formulação da PNH foi abordada por quase todos os profissionais consultados. A relevância de processos de aproximação e experimentação com gestores, profissionais e usuários do próprio Ministério, e de unidades e instâncias nos diversos estados e municípios pelo país, conferem relevância, consistência e inovação ao processo de formulação da PNH.

Nessa perspectiva, o processo de formulação analisado por esta tese, se daria em bases diferenciadas daquelas comumente observadas nas políticas públicas de saúde no país. Isto porque este processo se propôs estruturar mediante articulação e experimentação ao ambiente interno do Ministério da Saúde e em aproximações com estados e municípios.

“Como é que formulamos? Formulamos assim: discutimos, temos o problema, pensamos em um campo de possibilidades, mas aplicamos esse campo de possibilidades mesmo que ainda insuficiente, mesmo que ainda incipiente. Nós experimentávamos, ganhamos consistência cada vez mais e quem está experimentando conosco cria novos campos a partir da sua própria realidade. Essa é a essência da política”.
(Entrevistado 11)

Com tal direção de trabalho a “humanização não foi esculpida nas quatro paredes do Ministério, por uma turma que se acha inteligente e foi lá para produzir política inovadora”. (Entrevistado 4), mas desenhada mediante o contato desses profissionais com as trajetórias, já em curso, de diferentes e diversas experiências dentro da máquina ministerial, bem como no sistema de saúde, como poderá ser observado adiante.

4.5.1. AS ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

O relatório de atividades desenvolvido pela Secretaria Executiva do Ministério apresenta importante traçado de experimentações que compõem o processo de formulação da PNH.

Segundo o relatório “duas estratégias articuladas marcaram o início da implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da gestão em saúde do SUS (PNH) em 2003” (BRASIL, 2004b, p. 5). Cabe destacar que no ano de 2003 o texto final da política ainda não havia sido finalizado e que importantes inflexões que marcariam o processo de formulação seriam postas no ano seguinte - 2004. Assim, compreende-se que as estratégias mencionadas configuravam-se em importante movimento de formulação-experimentação da PNH.

A primeira estratégia mencionada focou os profissionais do MS, quando do desenvolvimento do “**Projeto Barracas da Saúde: um espaço de conversa**” - maio a junho de 2003. Esse projeto será mais bem trabalhado a frente, uma vez que foi destaque, junto ao Prêmio David Capistrano nas entrevistas realizadas.

Cabe destacar que, como resultado desse projeto, ficou reiterado que um dos desafios à PNH era a ampliação de espaços de participação e de cogestão nos processos de trabalho, devendo este ser objeto de especial atenção por parte dos governos. (BRASIL, 2004b)

A segunda estratégia mencionada pelo relatório aponta a realização das “**Oficinas de Humanização**” - abril a julho de 2003 - as quais tiveram como objetivo central a promoção de intercâmbio sobre as experiências de humanização no âmbito do MS, dando assim início ao processo de construção coletiva da PNH. (BRASIL, 2004b)

Segundo o documento foram realizadas seis oficinas internas, nas quais foi possível contar com a presença de diversas áreas do MS e do PNHAH, cuja atuação foi finalizada em julho de 2003. Como principal resultado

das oficinas podem-se observar propostas e estratégias para a PNH, em um movimento que considerou o diálogo com os diferentes campos da saúde.

O Curso Saúde: Clínica, Ética, Política - abril e junho de 2003 - caracterizou-se por ser um projeto dirigido aos gestores que teve como objetivo a capacitação de coordenadores e técnicos de áreas estratégicas do MS, nestes foram realizados oito encontros. (BRASIL, 2004b)

O Projeto Gestão do Conhecimento e Humanização - primeiros meses de 2003 - tinha como algumas de suas premissas: reconhecer os conhecimentos dos outros e ter os seus próprios reconhecidos como condição básica à humanização; compartilhar conhecimentos, compreendendo que uma linguagem comum é essencial ao enfrentamento da fragmentação.

O Documento Política Nacional de Humanização: Humanização da Atenção e da Gestão em saúde no sistema Único de Saúde – SUS teve sua primeira versão finalizada em **agosto de 2003**, sendo esta submetida ao colegiado do MS.

O Modo de Gestão da PNH foi definido durante o mês de **agosto de 2003** delineando o papel e as funções de núcleo e campo da Secretaria Executiva do MS. Instala-se para tanto, um Núcleo Nacional da PNH – consultores nacionais e técnicos do MS.

A **Contratação de Consultores regionais em setembro/outubro de 2003** possibilitou a contratação de oito consultores, específicos para o acompanhamento da implantação da PNH nos estados e municípios, sendo esses consultores distribuídos pelas cinco regiões do país.

A **Oficina de Consultores – fim outubro de 2003** – teve como objetivo apresentar, discutir e trabalhar as propostas da PNH, bem como planejar os trabalhos a serem realizados.

A **Rede Virtual da PNH – Rede HumanizaSUS a partir de setembro de 2003** compõe as iniciativas de divulgação e diálogo, especialmente com o público anteriormente vinculado ao PNHAH, com destaque aos representantes do Grupos de Trabalho de Humanização (GTH).

Além das ações apresentadas, o núcleo técnico da PNH participou de algumas das **Conferências Estaduais de Saúde**, aproveitando esses espaços para reuniões com os gestores e representantes estaduais e municipais de humanização.

A Oficina Nacional HumanizaSUS: Construindo a Política Nacional de Humanização – 19 e 20 de novembro de 2003 da qual participaram as áreas do próprio Ministério, além das 27 Secretarias Estaduais de Saúde e 30 Secretarias Municipais “foi um momento importante de socialização do acumulado ao longo dos primeiros dez meses de governo, e serviu para recolher propostas e sugestões para o aprofundamento das definições políticas”. (BRASIL, 2004b, p.12)

A divulgação da PNH na **XII Conferência Nacional de Saúde - dezembro de 2003** teve como objetivo construir um banco de dados e imagens nacional, além da própria divulgação da política. Esse banco de imagens refere-se a fotografias retiradas durante a Conferência, “onde representantes dos usuários, gestores e profissionais de saúde se deixaram fotografar e, ao mesmo tempo, (...) além de relatar as experiências humanizadoras de que tinham conhecimento em sua região” (BRASIL, 2004b, p.12). Foram relatadas 468 experiências e 800 fotos. Um vídeo institucional com base nos depoimentos foi elaborado.

A apresentação das ações desenvolvidas pela Secretaria Executiva configurou importante iniciativa, na medida em que materializa o processo de formulação da PNH como um movimento coletivo. É relevante esclarecer que estas iniciativas remontam ao ano de 2003, ano a que se referem às atividades descritas no relatório. Observa-se que no ano seguinte, outras ações foram marcadas em prol da humanização como política pública.

É relevante destacar que, nas entrevistas realizadas, foram apontados dois principais movimento que, segundo os atores-chave, constituíram processos fundantes da formulação da PNH, sendo estes o Projeto Barracas da Saúde, descrito anteriormente e o Prêmio David Capistrano, realizado no ano de 2004.

4.5.2. O OLHAR INTERNO DAS BARRACAS DA SAÚDE: UM ESPAÇO DE CONVERSA

A escuta aos profissionais que atuavam dentro do Ministério da Saúde, em suas diferentes Secretarias constituiu importante trabalho que subsidiou o processo de formulação da PNH.

O entendimento de que as experiências e a participação dos profissionais eram substanciais ao trabalho que se pretendia desenvolver, direcionou um caminho à proposição de espaço de trocas entre os profissionais do Ministério, em que os processos de trabalho e as interações eram o foco de análise.

“O projeto visou, especificamente, escutar as expectativas e sugestões dos participantes para as novas políticas do MS; apresentar as diretrizes gerais, propostas e conceitos básicos da nova gestão do MS; agregando informações sobre as mudanças propostas para a estrutura do ministério; sensibilizar os participantes para o trabalho de multiplicação das discussões no MS sobre gestão participativa e humanização; e assim. Contribuir para aumentar a integração entre os trabalhadores do MS. Participaram dos encontros 286 pessoas”. (BRASIL, 2004b, p. 7)

Assim, um dos primeiros movimentos do grupo de profissionais que estavam a frente do processo de formulação da PNH, e que se constituiu em importante alimento ao processo analisado por esse estudo foi a proposição de espaços de participação e diálogo, com os próprios profissionais do Ministério, em uma proposta intitulada “Barracas da Saúde”. O movimento das “Barracas da Saúde” demonstra a relevância conferida quanto ao processo de formulação de uma nova política pública.

A direção do trabalho por eles conduzido era mais do que a escrita de um novo texto, com normas e diretrizes a serem aplicadas ao sistema de saúde, mas a proposição de intervenção na alteração de modelos e práticas, tal articulação ligou elementos que alimentariam o próprio processo de formulação.

Assim, a aposta era de que a PNH não fosse mais uma política unicamente aplicada ao sistema, mas se constituísse em um mecanismo de engajamento e de reposicionamento das relações de trabalho dentro do próprio Ministério.

“Esse trabalho das barracas da saúde é um trabalho que o grande mérito é do Paulo Carvalho (...) nós não queríamos que a Política de Humanização fosse apenas mais uma política para “fora” (...) a gente queria que ela fosse também um mecanismo de engajamento e de reposicionamento das relações de trabalho dentro do Ministério, que eram, como o próprio Sistema de Saúde, completamente fragmentadas, verticalizadas, bastante burocratizadas”. (Entrevistado 6)

A fragmentação e verticalização vivenciadas nos diversos contextos e processos de trabalho em saúde, também eram experimentadas na esfera ministerial, bem como a insatisfação dos profissionais frente aos processos de trabalho rígidos, com pouca abertura comunicacional.

Diante desse cenário, as “Barracas da Saúde” constituíram espaço reconhecido por muitos dos profissionais, que encontraram nessa iniciativa a possibilidade de debate e de reposicionamento frente aos desafios cotidianos do trabalho no Ministério da Saúde.

Um dos importantes ganhos desse processo, conforme pode ser observado na transcrição de parte da entrevista abaixo foi o reposicionamento dos profissionais do Ministério enquanto trabalhadores, não daquele ente federativo em particular, mas de um sistema de saúde que abrange todo o território nacional.

O reposicionamento mencionado redefine os papéis e funções nas atividades realizadas, uma vez que apenas como trabalhadores do Ministério da saúde suas atribuições os direcionavam restritamente à articulação burocrática da máquina ministerial, ao passo que, como trabalhadores do sistema de saúde, a condução de políticas nesse campo lhes apresentava novo desafio de atuação.

“Esse processo foi um processo muito rico, foi muito quente, foi muito legal mesmo, porque as pessoas começaram a também se perceber como trabalhadores do SUS. Porque antes eles se

percebiam como trabalhadores do Ministério. Eles passam a ver o seu papel como um papel chave para a execução de uma política de saúde, e não apenas como parte da burocracia interna de um Ministério. Acho que esse foi o maior ganho das barracas”. (Entrevistado 13)

“[Era] o movimento barraqueiro. Porque teve barraca nessa dupla acepção. De fazer uma barraca no quintal para a gente fazer o ‘convescote’, para se encontrar, para compartilhar e ser barraqueiro (...) Barraqueiro é aquele que põe a boca no trombone, fala as coisas. Se despe um pouco de superego. E as barracas produzem esse movimento. E há um sentido, então, de humanização para dentro da própria instituição Ministério da Saúde que vai produzindo, de um lado, uma certa liberdade”. (Entrevistado 4)

Conforme mencionado, o movimento em questão produz articulações e reverberações importantes nas atribuições e processos de trabalhos dentro do Ministério, gerando frutos como a produção de documentos que refletiam os debates nesses espaços coletivos de participação e de recriação do trabalho em saúde.

Assédio moral, assédio sexual, inovações e modelos de gestão não democráticos, além de debates sobre as relações interpessoais e intersetoriais no cotidiano do trabalho do Ministério ganharam destaque nas discussões, nesses espaços de reflexão da prática em saúde.

“Na sequência, o Ministério produz, por força do coletivo de humanização, articulado com a área de recursos humanos, o Sábado Girardi coordenando a área de recursos humanos, se produz três ou quatro documentos, um deles sobre assédio sexual, outro sobre assédio moral e outro sobre modelos de gestão não democráticos no Ministério da Saúde e as pessoas vão perguntando: meu chefe não senta comigo, os caras decidem todas as coisas, eu não posso descer em um andar por outro sem dar explicação, eu não posso sentar com as equipes (...) o Ministério não é o mesmo depois que passa esse grupo nessa gestão. E acho que fica um legado ali. Fica um legado”. (Entrevistado 12)

Conforme aponta o entrevistado, a proposta de escuta e abertura comunicacional junto aos profissionais do Ministério, além de promover mudanças e reposicionamentos nos processos de trabalho deixou marcas

relevantes, que mesmo após a saída do grupo de profissionais da Secretaria Executiva, apresentaram-se como legado deixado por esses profissionais nas relações de trabalho do Ministério.

No entanto, a possibilidade de que o processo de formulação da PNH e em especial, a redefinição proposta do conceito de humanização com direção à problematização dos processos de trabalho, com positiva inclusão dos profissionais nesse processo, não se deu sem que houvesse resistências.

“O programa da gestão anterior era muito para fora, não tinha atividade para dentro. Agora como toda inovação, como toda proposta de mudança, não é fácil de implementar. Aqui, por exemplo, se fala: qual foi a adesão dos dirigentes do Ministério à época? Não acho que foi grande, era uma coisa que tinha o protagonismo do Gastão, da Regina”. (Entrevistado 7)

Novamente nas entrevistas realizadas, o protagonismo de Gastão Wagner e Regina Benevides na proposição e condução de processos diferenciados dentro do Ministério foi apontado. Cabe destacar na fala dos atores-chave consultados para a pesquisa de campo que esses processos não se deram sem resistência. As resistências mencionadas se apresentavam por diferentes matizes, seja pelo descrédito da proposta por parte dos profissionais, ou pela baixa adesão daqueles que ocupavam cargos de gestão no Ministério. Assim, o trabalho não se deu sem que tivessem que lidar com obstáculos à sua propulsão.

Entretanto, a experimentação da proposta que lançava luz e almejava o debate quanto ao reposicionamento dos sujeitos no trabalho em saúde foi se constituindo elemento que informou de maneira positiva o processo de formulação da política, ou melhor dizendo, foi se constituindo em elemento do próprio processo de formulação da PNH.

“É claro que isso não se dá de uma maneira uniforme e não se dá sem resistências. Claro que tinham aqueles que diziam: isso tudo é uma bobagem, mais um novo Ministério, uma nova equipe que está chegando e tentando ser legal com a gente. E tinham todos os usos desse processo. Mas de qualquer maneira, eu acho que isso também teve um papel importante na formulação da Política de Humanização. Isso passou a ser parte do nosso trabalho”. (Entrevistado 6)

Nessa direção, o trabalho do grupo que conduzia o processo de formulação da PNH foi sendo alimentado por propostas de atuação para dentro da máquina ministerial, mas também e principalmente para articulações, parcerias e proposições voltadas a experimentações que vinham sendo vivenciadas nos diferentes estados e municípios pelo país.

“Então uma das coisas que a gente falava é que a gente tem um pé dentro e um pé fora da gestão. O pé dentro é que nós estamos no governo, o pé fora é que a gente tem que fazer aliança com os trabalhadores, com os usuários, com nosso público prioritário. Nosso foco prioritário são os trabalhadores, são os usuários. E a gente achou, do ponto de vista de entrar mobilizando, procurando criar implicação e contágio com os trabalhadores, essa era uma coisa que causava um certo desconforto”. (Entrevistado 9)

O “pé dentro e o pé fora da gestão” mencionado pelo entrevistado também se constituiu em processos de resistência e desconforto, uma vez que se está falando de um determinado grupo que faz parte de um governo, que propõe espaços dialógicos e propositivos frente aos desafios da própria máquina ministerial, mas que também propõe articulação e parceria com estados e municípios, com vistas à problematização da gestão e da assistência em saúde.

Nessa direção, cabe esclarecer que é justamente a expressão cunhada pelo entrevistado “pé dentro e pé fora da gestão” que explicita uma das características fundamentais do processo de formulação analisado por esta tese, que é o subsídio trazido por iniciativas e reflexões oriundas da ponta do sistema de saúde.

“A PNH, ela foi, inicialmente e durante a maior parte da sua história uma estratégia junto à ponta, ela foi junto à prática do trabalhador e a experiência do usuário. Então, obviamente que ela não podia se furtar a interlocução para dentro da máquina. Mas essa interlocução, ela era sempre muito tensionada”. (Entrevistado 1)

Com tal proposição ao trabalho, “o primeiro movimento foi da barraca. (...). A gente pensou fazer isso, a gente deu curso, mas logo a gente saiu da máquina. A gente foi fazer a PNH regional, a PNH territorial”. (Entrevistado 8)

4.5.3. O OLHAR EXTERNO DO PRÊMIO DAVID CAPISTRANO

Em tendo sido apresentadas as propostas de trabalho direcionadas ao contexto interno do Ministério da Saúde com as “Barracas da Saúde”, esse estudo delinea novo campo de experimentação e de alimento ao processo de formulação da PNH, esse externo ao ambiente ministerial.

Os dados coletados na pesquisa de campo permitiram uma análise interessante quanto ao processo de formulação estudado, na medida em que diversos atores entrevistados afirmaram que tanto os trabalhos realizados internamente no Ministério, quanto as propostas e consultorias nos estados e municípios constituíram substrato essencial à formulação de princípios e diretrizes da PNH.

O reconhecimento de que a PNH foi formulada não exclusivamente por aqueles profissionais que conduziam esse processo, mas especialmente pelas produções internas ao Ministério ou por experimentações propostas ou em curso no sistema de saúde, nas diferentes regiões do país, trouxe destaque importante ao processo democrático e público de formulação dessa política.

Nessa direção, é possível informar que “a forma que a Regina organizou o processo de formulação foi analisando experiências em curso (...) e em 2004 ela faz um processo, que foi uma sacada, de ver as experiências que estavam dando certo, no ponto e no rumo da humanização”. (Entrevistado 7)

As entrevistas demonstraram que o processo de formulação da PNH “tinha um referencial teórico, mas foi muito baseado também no referencial empírico, principalmente o que chamava as diretrizes”. (Entrevistado 9)

Assim, um dos marcos mais importantes relatados pelos profissionais entrevistados, para além das consultorias e aproximações com os trabalhos em cursos, em diferentes estados e municípios pelo país, foi o Edital de um Prêmio lançado pelo grupo da Secretaria Executiva, intitulado Prêmio David Capistrano.

“Os princípios do SUS estão postos, o difícil é encontrar um modo de fazer aquilo. Só que isso que é difícil não é impossível. E há um SUS que dá certo. Então David Capistrano foi o primeiro, a primeira grande estratégia”. (Entrevistado 1)

O Edital nº1 de 18 de março de 2004 lança assim o HUMANIZASUS- Prêmio David Capistrano. Instituído pela portaria NQ 2046/GM de 19 de dezembro de 2003, publicado em DOU em 22 de dezembro de 2003, o prêmio se destinava a “reconhecer, incentivar e valorizar as instituições, nos vários níveis de atenção, que se destaquem por ofertar práticas que possibilitem atenção e gestão humanizadas”. (BRASIL, 2004e)

Constituída como objeto do Edital a seleção de oito ações exitosas já implementadas há pelo menos um ano, bem como oito novos projetos em fase de implementação na rede SUS, que se destacassem por promover atenção/gestão humanizadas. (BRASIL, 2004e)

“A realização, em 2004, do prêmio David Capistrano. Então, uma homenagem ao David, grande prefeito, gestor, uma pessoa de grande brilhantismo, de grande contribuição à política pública. E que era esse prêmio David Capistrano? Diferentemente de outros, é um prêmio que queria verificar experiências locais que tinham essa afinação. O que você está fazendo que vai ser denominado como Humanização?”. (Entrevistado 4)

O lançamento do Edital tinha como “aposta de que o SUS dá certo. Localmente, em alguns lugares desse Brasilão, tem um SUS que dá certo. Se deu certo lá, pode dar certo aqui. Então, vamos ver que SUS que dá certo é esse”. (Entrevistado 1)

A aposta dos profissionais que conduziam o processo de formulação da PNH foi correspondida pelo grande volume de experiências exitosas já implementadas e/ou de novos projetos que aderiram ao Edital.

A multiplicidade de ações de humanização em curso nas diferentes regiões do país, que mostravam um “SUS que dá certo”, apresentou importante

material de análise e trabalho ao grupo de profissionais que conduzia o processo de formulação da PNH.

“Nós lançamos o edital em quarenta dias só. Apareceram mil experiências. Nós tínhamos organizado um processo de trabalho com meia dúzia de trabalhadores para trabalhar com cem, cento e cinquenta... mil experiências dizendo: aqui há um SUS que dá certo, essa era a expressão, ‘aqui há um SUS que dá certo’”. (Entrevistado 12)

Diante do amplo quantitativo e da riqueza das ações que aderiram ao edital, um trabalho primoroso realizado pelo grupo conduzido por Regina Benevides iniciou uma investigação e análise minuciosas, com vistas à identificação de sentidos e perspectivas transversais em cada uma das propostas recebidas pelo grupo.

“Houve um trabalho muito delicado e dedicado da equipe de Regina de olhar para essas experiências e tentar ver nelas aquilo que poderia ser tomado com certo sentido. O que nessas experiências, olhando transversalmente, poderia ser anexado, poderia ser retirado como comum, que poderia ser anunciado como método, princípio e diretriz e dispositivo da Política de Humanização”. (Entrevistado 4)

O trabalho desse grupo sobre as propostas ao Prêmio seguiu para além de simples premiação, com eleição de ações relevantes ao campo da Saúde Pública do país. Buscou principalmente identificar e colher pontos, criações, direções, princípios e elementos em comum que constituíssem perspectivas transversais aos trabalhos que vinham sendo analisados.

“Quando a gente faz o David Capistrano, a gente identifica e premia várias práticas que são mais antigas do que a PNH. Não fomos nós que inventamos isso, isso já está aí. A rigor, a PNH, tem que dizer que não inventou nada. Quer fazer jus... Ela não inventou nada. Ela fez valer o SUS que dá certo”. (Entrevistado 1)

O trabalho realizado pelo grupo foi então de articular “aquelas experiências (...) E a partir daquilo a gente foi extraíndo o ideário. A gente começou a sistematizar. Numa aposta de criação ascendente de política, de

baixo para cima. Entendendo que toda política democrática é uma política ascendente”. (Entrevistado 8)

A aposta nas experimentações em curso nas diferentes regiões do país, e a direção de análise e articulação dos trabalhos recebidos pelo Prêmio deram o tom de formulação ascendente ao processo de constituição da PNH.

A compreensão de que processos de formulação de políticas democráticas necessariamente se dão mediante fluxos ascendentes de sentidos, usos, diretrizes e princípios, permeou o processo de formulação analisado por esta tese, sendo possível afirmar assim que “se você olhar antes do prêmio, você não vai encontrar essas palavras [diretrizes]. Você vai encontrar broto-ideias, sementinhas”. (Entrevistado 4).

As palavras as quais o entrevistado aponta se referem especialmente aos princípios e diretrizes postos atualmente no texto da PNH, os quais foram pensados no processo de trabalho dialógico desse grupo com as experiências de humanização em curso, nas diferentes regiões do país.

Como descrito em parte da entrevista transcrita abaixo, não havia previamente uma tese já formulada sobre humanização ou sobre como uma política pública, com tal objeto de discussão deveria ser constituída.

“Não havia uma tese de Humanização. Não havia um conceito de Humanização como política pública. E não havia, a priori, algo que se expressa no documento base como princípio. A pergunta era: em sua opinião, o que leva, o que fez com que esse SUS que deu certo que você fez aqui em uma cidade ribeirinha, em uma equipe da família aqui no Amazonas, o que para você acha que foi fundamental para dar certo essa experiência? Foi essa a pergunta que nós fomos fazendo para as pessoas”. (Entrevistado 12)

No entanto, havia para o grupo que conduzia esse processo a percepção de que os princípios, as diretrizes e as principais linhas de discussão deveriam estar pautadas em formulações teóricas e conceituais que vinham sendo pensadas por aqueles que no Ministério estavam, mas principalmente, pela convicção de que uma política pública democrática

necessariamente necessita à sua formulação, de processos de construção ascendentes, que considerem as experiências das diferentes regiões do país.

“E as pessoas foram dizendo coisas e nós captamos delas o que virou os princípios, que é aquilo que principia, o Eduardo vai dizer o príncipe, o importante, o mais importante é a força que aciona processos de mudança na gestão do trabalho, que é: o protagonismo das pessoas e a ideia da transversalidade, entendida como capacidade de comunicação entre os diferentes”. (Entrevistado 4)

Nessa direção foram sendo cunhados os princípios, as diretrizes e a transversalidade enquanto capacidade de comunicação entre os diferentes, apresentados no texto da política. Cabe ressaltar a inovação no processo de formulação analisado por esta tese, se propôs a escuta e abertura comunicacional com as experiências positivas em curso no sistema de saúde do país.

“Enorme inovação. Porque é uma política pública feita olhando para experiências na sua positividade. A gente não vê o que não dá certo sobre a qual a gente não vai fazer para não errar. Pelo contrário, o que deu certo, o que a gente pode reunir, como uma espécie de grande legado dessas experiências, e aí se tirou tudo”. (Entrevistado 12)

Para além do Prêmio David Capistrano e dos trabalhos de consultoria mencionados nas entrevistas realizadas na pesquisa de campo, uma experiência adiciona à discussão apresentada, a relevância da participação dos usuários do sistema de saúde ao processo de formulação da PNH.

Nessa direção, considerando as experiências que vinham sendo trabalhadas, em cada uma das regiões pelos gestores e profissionais de saúde, o processo em curso à época para a formulação da PNH direcionou a participação dos usuários do sistema enquanto construto relevante a ser considerado.

Para tanto, a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003 foi o lócus de debate sobre o processo que vinha sendo

formulado pela equipe do Ministério e a oportunidade de que esse trabalho fosse compartilhado.

“Então na 12ª Conferência quando estávamos todos reunidos, a gente lançou aquilo. E quando a gente lança, a gente vê a reverberação. E quando a gente vê a reverberação, então, a gente resolve captar as imagens dos trabalhadores e dos usuários que estão na Conferência”. (Entrevistado 1)

Assim, na direção de compartilhamento e de novos dados que pudessem compor o processo de formulação em curso, em busca de experiências que vinham sendo vivenciadas no sistema de saúde, foi proposta uma vídeo-cabine que captasse as falas e expressões das diferentes ações experienciadas no campo da saúde pelo país. E assim “a gente faz, o que virou a marca imagética que são aquelas fotos (...) fizemos uma cabine, que foi uma vídeo-cabine, inspirada no trabalho de uma videomaker carioca, Sandra Kogut”. (Entrevistado 8)

“Essa ideia vídeo cabine, que é uma cabine que tem uma câmera, você convida alguém e fala: fala o que você quiser. É sua. E depois você edita. E aquela edição, a gente percebeu que ela tinha uma narrativa, ela tinha um vocabulário, ela tinha diretrizes que estavam ditas ali”. (Entrevistado 8)

A edição das imagens dos profissionais e usuários captadas pela vídeo-cabine se constituíram nas fotos que podem ser encontradas nos manuais e textos referentes à PNH.

Conforme apontado pelo entrevistado as falas foram editadas e identificou-se uma narrativa que alimentou, assim como aquelas identificadas pelos trabalhos postos ao Prêmio David Capistrano, os princípios e diretrizes da PNH, sendo de extrema relevância destacar a participação dos usuários do sistema nesse contexto de formulação.

Nessa direção, “o trabalho foi de edição e de enaltecimento, de legitimação. São eles que dizem... um deles diz: mas há SUS que dá certo. Aí virou o slogan. Nenhum dos slogans a gente inventou. A gente não criou nada”. (Entrevistado 1)

O slogan como descrito pelo entrevistado, a aposta na positividade de um ‘SUS que dá certo’ surge da proposta dialógica, de aproximação e do movimento ascente proposto pelo processo de formulação da PNH. Assim, “o SUS que dá certo’ (...) essa é uma sacada, essa é uma ‘pega’ que Regina, Eduardo e a galera ali conseguiram constituir”. (Entrevistado 4)

CAPÍTULO 5

O MÉTODO DA PNH, OS APOIOS E CONSTRANGIMENTOS AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO E O AFASTAMENTO DOS ATORES-CHAVE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O último capítulo deste estudo tem como objetivos a apresentação do método proposto pelos atores formuladores à PNH, bem como descrever alguns dos apoios e constrangimentos vivenciados por esses profissionais durante o processo de formulação da referida política. Por fim, uma breve descrição objetiva dialogar com o movimento de afastamentos dos atores-chave e seus desdobramentos para a gestão PNH dentro da máquina ministerial.

O entendimento quanto ao método - “modo de fazer” da PNH se tornou relevante ao estudo de sua formulação, pois permitiu a identificação de elementos fundantes a sua constituição enquanto política pública de saúde. Tal debate permitiu ainda identificar, alguns dos pressupostos elementares considerados pelos atores-chave durante o processo de formulação dessa política.

A apresentação do método, bem como os debates quanto aos conceitos que informam sua metodologia, contribuiu de maneira significativa para o entendimento dos motivos pelos quais a PNH não possui uma portaria ministerial normativa. Sendo este também objeto de debate nesse capítulo.

Os apoios e constrangimentos vivenciados pelo grupo de profissionais da Secretaria Executiva, durante o processo de formulação da PNH, também serão descritos em tópico específico neste estudo.

Por fim, uma breve descrição do movimento de afastamento dos atores-chave, de suas atribuições e cargos do Ministério da Saúde, será apresentada demarcando o recorte temporal de análise desta tese.

5.1. O MÉTODO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A apresentação do método ou “modo de fazer” da PNH constituiu tópico essencial de debate nesta tese, na medida em que permitiu a identificação de um dos principais propósitos de sua formulação.

Nas entrevistas realizadas foi possível identificar que a proposta era de que a PNH se apresentasse como estratégia metodológica aos princípios já delineados para o sistema de saúde. Nessa direção, a política não propunha a definição daquilo que ‘deve ser feito’. Para os atores-chave entrevistados isto já estava definido - os princípios do SUS já informam o que deve ser feito - mas o que ainda era necessário era a proposição metodológica que colocasse em marcha tais princípios.

A proposta metodológica é a organicidade da PNH. Um método aos princípios do SUS. E, o seu método, calcado na experimentação de diferentes vivências pelo sistema de saúde, inscreve a inclusão como eixo central de sua afirmação enquanto política pública.

5.1.1. UM MÉTODO AOS PRINCÍPIOS DO SUS

Para início desse debate, optou-se pela fala de um dos entrevistados, na medida em que permite a compreensão da aproximação e articulação estabelecidas pelos atores-chave do processo analisado, entre a humanização como política pública e os desafios postos à política de saúde no país.

“A diretriz era essa, pensar que os princípios do SUS estão pactuados, estão estabelecidos, só que esses princípios são princípios do que deve ser feito. Faltam, agora, princípios metodológicos. Mas como faz universalidade, integralidade e equidade? Como é que faz isso? Então a gente entendeu que era preciso, agora, não definir o que tinha que ser feito, mas definir o ‘como fazer’”. (Entrevistado 1)

Assim, o entendimento era de que os princípios do SUS estavam postos, pactuados e estabelecidos, mas que o sistema carecia de uma metodologia, um “modo de fazer” que apoiasse tais princípios.

Nessa perspectiva, os atores-chave compreendiam que a direção do trabalho estava na “aposta metodológica, e entender que o “como fazer” passava, necessariamente, por essa abertura comunicacional, por alterar os graus de transversalidade, intragrupo e intergrupo”. (Entrevistado 8).

Diante de tal entendimento, a avaliação dos atores-chave do processo de formulação da PNH era de que havia, naquele contexto, a necessidade de que fossem pensadas diferentes diretrizes metodológicas aos princípios do SUS. É relevante destacar que a avaliação passava pela compreensão de que os ‘modos de operar’ tais princípios se apresentavam insuficientes no sistema de saúde, sendo assim relevante a proposição de novas trajetórias ao alcance de tais objetivos.

“A avaliação era essa. Tem que mudar o modo de fazer, o ‘como’, ‘como é que faz’, e não o que tem que ser feito. O que tem que ser feito já estava claro. A gente já sabe. Os princípios do SUS. Como é que faz? A gente ficou preocupado com isso. A PNH vai se preocupar com isso”. (Entrevistado 1)

Nesse debate, a humanização enquanto política pública transversal fora percebida pelos atores entrevistados enquanto oportunidade e direção de ‘atualização dos princípios do SUS’. A humanização, proposta como política pública transversal ganhara novos contornos que a reposicionavam enquanto conceito articulador, transversal e dialógico às práticas de assistência e de gestão no campo da saúde.

“A gente percebia que a humanização tornada política, e uma política transversal, ela era quase que uma atualização dos princípios do SUS. Então ela tinha uma especificidade, que era a especificidade de como ela ia fazer o diálogo com a sociedade civil, como ela ia fazer o diálogo entre os programas, como ela ia fazer o diálogo entre os níveis de intervenção, desde o Município até os mecanismos mais centrais do SUS”. (Entrevistado 6)

Identificada como oportunidade de reaquecimento dos princípios do SUS, a temática da humanização reposicionada conceitualmente, afasta-se dos contornos puramente religiosos, solidários e humanistas para aproximar-se de proposição metodológica ao sistema público de saúde do país.

Cabe neste ponto lembrar, que os atores-chave em suas trajetórias profissionais progressas ao Ministério da Saúde vinham desenvolvendo propostas metodológicas inovadoras ao sistema público de saúde do país. Especialmente o grupo que vinha de Campinas, onde o método do Apoio Paideia - que será apresentado adiante - vinha sendo experienciado. O que se pretende destacar é que a percepção destes profissionais quanto à necessidade de formulação de diretriz metodológica aos princípios do SUS, vem permeada de suas valiosas contribuições ao campo da Saúde Pública, em outras instâncias, alcançando agora âmbito nacional.

“Nós percebíamos que ela era uma oportunidade para nós reaquecermos o SUS nos seus princípios. Mas mais do que isso, a gente queria torná-la operacional, a gente queria que fosse uma política, mas que tivesse dispositivos concretos de ação. Não era só no âmbito da formulação teórica, política, mas uma formulação concreta de dispositivos”. (Entrevistado 6)

A formulação concreta de dispositivos mencionada pelo entrevistado informa importante orientação posta ao processo de formulação da PNH, visto que a direção do trabalho não se propôs unicamente a redação de mais uma política pública ao campo da saúde.

A proposição de dispositivos que espelhasse um “SUS que dá certo”, não se constituiu trivial no processo analisado por esta tese, pois “não é à toa que, ao longo dessa formulação, o slogan que se torna forte na Política de Humanização é que nós mostraríamos um SUS que dava certo”. (Entrevistado 13)

Essa direção de atuação delimitou uma condução não comum, mas inovadora, aos processos de formulação de políticas públicas. Isto porque buscou positivar experiências que vinham sendo implementadas nas bases do sistema público de saúde do país, além de articular diferentes escolas de

pensamentos em saúde. Tal traçado ao processo de formulação para a PNH conferiu ao grupo, como relato de um dos entrevistados, a caracterização de “uma antena do movimento sanitário”.

“Na verdade, o que a Regina, a equipe aí conseguiu fazer isso é uma antena do movimento sanitário. A gente conseguiu juntar uma escola do Gastão, a escola de gestão participativa, a escola da saúde mental, da subjetividade, conseguimos juntos isso em um discurso único que agradou a um monte de gente; desagradou a outros, mas agradou um monte de gente. Foi essa a sensibilidade que a gente teve, de juntar e transformar isso em estratégia operativa. Uma estratégia metodológica pra equipe, pro gestor local, pro gestor do hospital, pra repensar a enfermaria, repensar o pronto-socorro. E não ficar só nisso de humaniza, humaniza, humaniza...”
(Entrevistado 3)

5.1.2. O MÉTODO DA PNH

Segundo Benevides e Passos (2005a, p.391) a Política Nacional de Humanização só se efetiva com a sintonia entre o “o que fazer” e “como fazer”, o “conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade”. Assim, para os atores-chave do processo estudado, algumas das principais dificuldades posta à humanização na saúde se coloca frente ao método, ou seja, ao “modo de fazer”.

Assim, a PNH ressignifica sua proposta enquanto política pública, na medida em que, de maneira geral, as políticas propõem o ‘como deve ser’, sendo este usualmente acompanhado de processos e normas previamente instituídas, que definem objetivos e metas a serem cumpridos, com vistas a garantia de repasse de recursos. (PACHE E PASSOS, 2010a)

Diante dessas concepções, proposta da PNH é metodológica. Por método entende-se a condução de um processo ou o seu modo de caminhar. A PNH caminha no sentido da inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde, aposta assim no “método da tríplice inclusão”. É esse o seu método. A inclusão. Inclusão dos diferentes sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - tendo nesse caminhar a autonomia,

protagonismo e co-responsabilização como elementos essenciais. (BRASIL, 2008b).

Tendo a inclusão como método a PNH lança luz sobre a importância de que sejam incluídas as diferenças nos processos de saúde. Um dos entrevistados ilustra essa discussão: “é a produção do comum no encontro da diferença, manter uma aposta radical na democracia, isso implica uma opção pela humanização. E a gente teve que ter esse enfrentamento no SUS”. (Entrevistado 4)

Mas por quais bases se deram a eleição da ‘inclusão’ como método da PNH? Pasche e Passos (2010a, p. 426) explicam:

“De onde, porém, se extrairia esse modo de fazer? Ele foi construído desde a cartografia e análise das próprias experimentações do SUS, naquilo que passou a ser denominado de “o SUS que dá Certo!”. Em 2004, por ocasião do Prêmio David Capistrano, constatou-se, na análise de um vasto contingente de candidaturas que modificações nos processos de gerir e de cuidar em saúde decorriam de um modelo de experimentação baseado na inclusão, portanto, que constituíram processos de mudança como ‘obras coletivas’”.

A humanização passa assim a ser compreendida em seu método de inclusão, um modo de fazer que busca a perspectiva democrática de abranger a diversidade e a adversidade para dentro do campo dialógico de debate da Saúde Pública. Humanizar assim é incluir, como afirma o entrevistado.

“Quer dizer, a humanização toma a democracia como seu eixo principal e radical. Humanizar é incluir. E isso é... eu acho que isso é uma perspectiva ética que essa gestão traz, que essa inclusão não é a inclusão dos seus, não é a inclusão dos seus semelhantes, dos seus pares. Mas é uma inclusão pela diferença, pela pluralidade, e que a dimensão pública da política é justamente o fomento da pluralidade. Sem a qual nenhuma política pública legítima se sustenta”. (Entrevistado 4)

Nessa direção, contata-se que a proposta metodológica da PNH converge para resignificação relações nas práticas de assistência e de gestão no SUS. O acolhimento às diferenças – sejam estas de ordem conceitual, metodológica ou política – se apresenta como principal alavanca para um trabalho calcado em processos dialógicos e inclusivos.

Entretanto, é relevante afirmar que a inclusão proposta enquanto estratégia metodológica da PNH por permitir espaços dialógicos e inclusivos, pode também provocar ambientes crítico e nem sempre “exercício-pacífico”, na medida em que “esse efeito é o que se procura produzir com a inclusão dos sujeitos: certa perturbação nos papéis preestabelecidos, força-motor da produção de mudanças, pois tendem a desestabilizar o ‘estado de coisas’”. (PASCHE E PASSOS, 2010a, p. 426)

Não obstante, vale ressaltar que o método da “inclusão” proposto pela PNH se afina com os debates referentes ao direito democrático. A inclusão como diretriz metodológica ilumina o debate da democracia institucional. Pasche e Passos (2010b, p.441) ilustram essa discussão:

“A PNH quando propõe a inclusão como método toma, então o espírito da democracia como fundante de um modo de fazer (um caminhando) que se quer radical para a construção social e política. Incluir é, então, uma posição que radica, que vai à raiz e não haveria uma só instituição que se autodenominasse democrática que não se dedicasse ativamente à inclusão não-manipulativa das pessoas nos processos de reflexão/tomada de decisão, ou seja, ao exercício de criação de sentido coletivo, plural para as produções simbólicas e práticas. Esse movimento toma, então, as feições de uma produção acêntrica”.

Assim, Pasche e Passos (2010b) informam que a inclusão é a diretriz metodológica da PNH, formada – aquilo que deu forma – pelas experimentações de um “SUS que dá certo”. E, para que tal diretriz possa ser operacionalizada nas práticas de assistência e de gestão no sistema público de saúde do país, esta deve contar com o apoio institucional.

5.1.3. APOIO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO DO MÉTODO DA PNH

Pasche e Passos (2010b, p.428) informam que Gastão Wagner propôs a função apoio “como ação de sujeitos que contribuem com coletivos de trabalho para qualificar suas ofertas clínicas, para fortalecer a grupalidade”.

Nas entrevistas realizadas a obra de Gastão foi referenciada por todos os atores-chave consultados, que a denominaram como obra inovadora para o campo da gestão em Saúde Pública, sendo esta essencial para a composição dos dispositivos metodológicos da PNH: “a ideia de roda, do Paideia, e a grande contribuição de uma prática cogestiva, que vem de Campinas, vem do Gastão e foi um instrumento importantíssimo”. (Entrevistado 1)

O debate direcionou assim a relevância da obra que vinha sendo formulada por Gastão – Apoio Paideia³⁷ - e que já havia sido experienciada em diversos campos de práticas, especialmente em Campinas. Nesta concepção o autor nos informa que o método que vinha sendo desenvolvido por ele se constituiu em:

“A Paideia é uma metodologia para a educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Não se trata de uma técnica neutra; o método sugerido apóia-se em alguns valores e critérios para balizar a política e a gestão. (...) O método Paideia, para ser realizado, depende da constituição de espaços de cogestão (cogestão definida como compartilhamento de poder) e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais. (...) Trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo”. (CAMPOS, 206, p. 20)

Para Gastão o método de Apoio Paideia se constitui em uma postura metodológica que busca apresentar alternativas aos tradicionais mecanismos de gestão. O autor entende que todo trabalho possui uma tripla finalidade: (1) objetiva e interfere na produção de bens ou serviços para um público externo a instituição, (2) busca assegurar a reprodução/ampliação da própria instituição e (3) interfere na produção social e subjetiva dos seus trabalhadores. Segundo o

³⁷ Palavra de origem grega, designando um dos componentes considerados essenciais à democracia ateniense. Nesse contexto, o conceito de ‘cidadania’ assegurava os direitos àqueles considerados como pessoas; o conceito ‘ágora’ indicava espaço e modo ao exercício do poder compartilhado, democracia participativa, entre governantes e cidadãos; e o conceito ‘Paideia’ indicava a necessidade de educação integral das pessoas, criando-se para essa finalidade processo contínuo de ampliação da capacidade de participar da vida social. (Campos, 2003, p. 3)

autor as gestões tradicionais geralmente lançam esforços sobre as duas primeiras finalidades, descuidando-se da terceira. (CAMPOS, 2003)

Nessa concepção, o método Apoio Paideia tem como objetivo aumentar a capacidade de compreensão das pessoas e grupos sobre si e sobre o mundo que os cerca. Tal proposta contribui, segundo o autor, para “instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social”. (CAMPOS, 2006, p. 20)

Nesse contexto, cabe assim informar que a função de apoio institucional já vinha sendo experienciada em vários serviços de saúde pelo país, antes mesmo da do grupo de atores-chave do processo analisado compor a Secretaria Executiva do Ministério.

Assim, os autores descrevem que falar da função apoio institucional como um ‘modo de fazer’ é tratar o apoio em sua articulação com o método da PNH. (PASCHE E PASSOS, 2010b). Nessa direção, o apoio institucional é definido como “acompanhamento qualificado do trabalho em equipe” e se caracteriza principalmente pela oferta de metodologias para a implementação dos princípios e diretrizes da PNH. (MORI E OLIVEIRA, 2009)

Nessa concepção, “apoio é recurso do método, é dispositivo. A ‘condição dispositivo’ exige, em coerência ao método, movimento crítico de experimentação-reflexão”. (PASCHE E PASSOS, 2010b, p.443)

Inúmeros estudos e produções no campo da Saúde Pública vem sendo realizadas mediante a experimentação do apoio enquanto estratégia metodológica, qualificando o método como relevante inovação na gestão em saúde. No campo especificamente da PNH, Pasche e Passos (2010b) informam que para se falar no ‘o modo de fazer’ do apoio na PNH há de se considerar: 1- seu modo intensivista; 2- seu modo de contágio; 3- seu modo de referência.

MODO INTENSIVISTA, DE CONTÁGIO E DE REFERÊNCIA

No capítulo 3 dessa tese foi apresentado o contexto no qual a PNH foi desenhada, e nesse debate foram destacadas impressões dos atores-chave entrevistados quando de suas chegadas ao Ministério da Saúde. Cabe lembrar o debate em tela pela sua consonância com a discussão que se destina esse tópico.

Pasche e Passos (2010b, p.429) lembram que a “máquina do Estado, pelo seu gigantismo, é frequentemente um foco propagador de ações cuja medida e método são da extensividade, isto é, das ações nacionais, macrorregionais, programáticas e de campanhas”.

Assim, o entendimento era de que para alcançar a singularidade nas experiências concretas do sistema de saúde, as metodologias deveriam estar pautadas em modos intensivos e não extensivos de trabalho.

“Então a gente começou a dizer que a gente ia fazer apoio intensivo., ao invés de fazer apoio extensivo, pegar a portaria e diga “cumpra-se”, não (...) A gente começou a criar estratégias que eram estratégias de produzir alterações nessas práticas do SUS que pudessem servir como um gérmen de propagação”.
(Entrevistado 1)

A proposição era de que o apoio intensivo promoveria ondas importantes de mudança a serem identificadas enquanto movimentações positivas no sistema de saúde, a ponto de que pudessem propagar contaminação. Nessa direção “todo apoio é uma ação intensiva” e o desafio se colocava justamente em reverter as ações extensivas – usualmente provocadas pelo Ministério da Saúde – em incursões intensivas. (PASCHE E PASSOS, 2010b)

“Vamos propagar, vamos contagiar. E esse contágio pressupõe uma ação que é sempre intensiva, é sempre singular. Apostando que na propagação ela produz efeitos extensivos. (...) Ela não é inicialmente extensiva. Ela é intensiva, porque eu trabalho no apoio local e dou condições para aquilo ganhar um efeito de extensividade”. (Entrevistado 8)

A compreensão é de que nesse contexto opera um regime de afetabilidade, a questão do afeto que transita e que promove contágio, afetando aqueles que estão incluídos no processo em curso. A avaliação dos profissionais que conduziram o processo de formulação da PNH é de que foi possível contaminar, estabelecer espaços dialógicos.

“É um regime de afetabilidade. A questão do afeto, ela é importantíssima. Implementar ai, na verdade, é criar uma comunalidade, criar um comum, contrair um grande coletivo. Um coletivo que tenha nele esse germe de ampliação, de contágio, que ele vá se ampliando. Como é que faz essa contração? E ai se pressupõe o que alguns chamam de regime de afetabilidade”. (Entrevistado 1)

Os entrevistados relataram que após algum tempo foi se tendo evidências de contaminação positiva que permitiu a prática intensiva ganhar contornos de extensividade, com afetação de outras práticas de assistência e de gestão em saúde. Entretanto, vale destacar que esse processo não se deu sem resistências: “Fazer apoio intensivo. Mas isso é sempre uma grande tensão. Porque na hora da reunião dos colegiados, ele quer um Power point. (...) Então, não foi fácil. Não foi fácil”. (Entrevistado 8)

No entanto, a grandiosidade da proposta que inicialmente não se espelhava em importantes e numerosos indicadores a serem contemplados em reuniões de gestão, passou a apresentar ganhos relevantes nas práticas de assistência e de gestão em saúde, sendo possível assim afirmar, que “o intensivo gera o extensivo, e não o contrário”. (Entrevistado 8).

Todavia, não se pode deixar de considerar que a decisão por um trabalho de apoio intensivo, naquele contexto do Ministério da Saúde, poderia favorecer apoios, mas também, constrangimentos e resistências ao processo de formulação da PNH.

Os principais constrangimentos e apoios ao processo analisado serão apresentados mais adiante nesse capítulo. Entretanto, cabe adiantar que a formulação de uma política como a PNH, que propõe metodologia dialógica, pautada na problematização dos processos de trabalho, cogestão,

protagonismo e autonomia dos sujeitos não seria simples de se operar na máquina ministerial, dada as suas características institucionais historicamente delineadas.

Nesse contexto, “a gente apostou no micro. Já que a política aqui [no Ministério da saúde] estava muito difícil, vamos demonstrar, por efeito de demonstração, que alguns hospitais podem ter gestão democrática, pode mudar a clínica, pode se integrar com a rede básica” (Entrevistado 3). A estratégia foi assim de abertura de espaço dialógico com os serviços de saúde e, a partir destes, conquistar alianças que oferecessem suporte e legitimidade a política.

“A sobrevivência da política seria dialogar com o serviço para criar legitimidade. E não como um projeto extensivo, mas como um projeto de guerrilha. Não, é guerrilha mesmo. Estratégia de guerra de posição, de aquela que você vai pegando toda a estratégia. Nós éramos guerrilheiros. Onde dava ia, onde não dava, recuava. (...) Não era uma política institucional, nacional, então isso já fragiliza. Dependia muito das forças locais (...)”. (Entrevistado 10)

Nessa perspectiva, diante de uma política com baixa institucionalidade, sem recursos financeiros específicos, com movimentos de distanciamento/estranhamento dentro da máquina ministerial, a possibilidade que se abria era a de aliança com as bases do sistema de saúde.

“Fazer política por baixo. Apesar de a gente estar no Ministério, é fazer política pela base. Tudo bem, aqui não nos querem muito, nós vamos tentar. Vamos articular, quanto mais quiser, melhor (...) para baixo há uma demanda para esse tipo de dispositivos, de conceitos. O movimento sanitário está precisando disso. Vamos aproveitar a máquina do Ministério. E de fato isso deu certo”. (Entrevistado 3)

Mediante tal direção de sustentabilidade da política, enquanto projeção que se colocava pela necessidade e solicitação de adesão do próprio sistema de saúde, a PNH se fortaleceu por suas bases.

Diante de tais esclarecimentos e do fato de que a PNH se fortalece pelas bases do sistema de saúde, por nem sempre receber apoio de dentro do

próprio Ministério, cabe inferir como apontado anteriormente, que este se constituiu um projeto defendido pelo grupo de profissionais que vieram a compor a Secretaria Executiva naquela gestão.

O modelo apresentado por Kingdon (2003 [1984]) e que se refere a “janela de oportunidades” auxilia nas análises desta tese, na medida em que se considera que os projetos metodológicos ao sistema de saúde, que vem dar contorno a PNH, já vinham sendo desenvolvidos pelos atores-chave do processo estudado, em suas trajetórias progressas ao Ministério da Saúde.

A estratégia de ‘guerrilha’ e do movimento de ‘fazer política por baixo’ denotam as resistências postas, por alguns atores, nas instâncias federais ao processo em curso. Todavia, cabe salientar que este recebia importante apoio e reverberação pelas bases do sistema de saúde, conferindo-lhe relevância de continuidade e de pertinência metodológica.

5.2. A (NÃO) PUBLICAÇÃO DE UMA PORTARIA PARA A PNH

Mediante o método proposto para a PNH e diante da compreensão de que “no lugar de propor a mudança, deve-se propagá-la; no lugar de decretá-la, dar condições para ampliação do que é só germe potencial” (PASCHE E PASSOS, 2010b, p. 430). As entrevistas realizadas com os atores-chave buscaram a compreensão quanto a (não) publicação de uma portaria para a PNH.

Uma das primeiras pesquisas realizadas para esse estudo foi a investigação da portaria ministerial que pautasse a Política Nacional de Humanização. Não foi possível encontrá-la. Depois de diversas tentativas, começou-se a inferir que talvez esta tivesse sido uma das estratégias elencadas, pelo grupo da Secretaria Executiva ao processo analisado por esta tese.

Nessa direção, os dados coletados sobre a questão em tela, em todas as entrevistas realizadas, permitiram afirmar que “a PNH até hoje, não tem portaria. Mas não é esquecimento, não é negligência, é estratégia. Uma estratégia política para fazer valer o que a gente acreditava ser, não um especialismo, a humanização não é um especialismo”. (Entrevistado 1)

O entendimento do grupo de profissionais que conduzia o processo de formulação da PNH era de que “a portaria seria uma regra engessadora no nosso conceito. Então, havia o debate sim, e havia uma escolha: não fazer”. (Entrevistado 5)

“Como faremos uma política estruturada se não queremos a estrutura? Nós queremos fazer construções do campo rizomático para citar o Deleuze. Não, nós não podemos ter isso. Mas isso, para nós, não era nem assunto em debate. Nós estávamos tranquilos com relação a isso”. (Entrevistado 5)

As construções normativas, conforme apontado pelo entrevistado, se colocaria em antemão às proposições e alcances que aquele grupo almejava sustentar com o reposicionamento da humanização no campo da saúde.

“O Humaniza-SUS tem funcionado como um dispositivo valioso, uma vez que ampliou a agenda e o temário para a política de saúde no Brasil. E isso para desespero dos tecnocratas sanitários, que preferem estratégias objetivas: portarias, regulação, indução financeira, coisa de gente ‘séria’”. (CAMPOS, 2009, p. 11)

E assim, diante dessa perspectiva, “o intencional não era chegar numa meta de produtividade nas unidades. Não era isso. Se fosse isso, teríamos uma política estruturada, então precisaríamos de uma portaria, precisaríamos de uma estrutura. Não era isso que pensávamos”. (Entrevistado 5)

Cabe destacar que a normatividade, com etapas previamente estabelecidas e verticalmente desenhadas não eram descartadas enquanto construtos importantes a determinadas ações no sistema de saúde, entretanto, frente à perspectiva política delineada pelos atores-chave, estas direções de atuação não se compatibilizavam.

“Não tinha. E tinha o debate do por que não tinha. (...) Nós tínhamos claro que a nossa construção era transversal e que a gente não seria cartorial. Isso é um conceito para não ofender as premissas básicas conceituais as quais lidávamos”. (Entrevistado 11)

Nesse sentido, a grande maioria dos profissionais que conduziam o processo de formulação analisado mantinha o entendimento de que frente a uma perspectiva de atuação transversal, a iniciativa deveria estar direcionada mais à permeabilidade das proposições nas diferentes portarias ministeriais e não em uma portaria específica, única, da humanização.

“Porque o nosso grande trabalho era que ela fosse realmente transversal; transversal a tal ponto, que ela desaparecesse enquanto em si, mas que se tornasse presente em todos os lugares. E é uma primeira transversalização. Claro que isso é uma orientação estratégica, uma orientação estratégica e política e que vai se dar ao longo de muitos anos”. (Entrevistado 6)

Todavia, cabe destacar que tal direção de trabalho não se constituiu em tratamento simples para o grupo da Secretaria Executiva. A proposição de movimento inovador em uma máquina de governo atrelada culturalmente a debates e a construções verticais e normativas, incitou o estranhamento e conseqüente “luta” pelo movimento que se almejava alcançar.

Nessa direção, é relevante destacar novamente a inovação apresentada pelo reposicionamento da humanização enquanto política pública, ou melhor, enquanto estratégia política no campo da saúde, face às propostas culturalmente cunhadas em processos verticais e fragmentados no campo da saúde.

“Foi por isso que a gente nunca quis ter uma portaria. E, olha, foi uma luta. Ainda é uma luta. Até hoje não tem. (...) Não tem portaria. Isso dentro da máquina é muito estranho. Uma política que não tem portaria? Não é que a gente não quer. Nós vamos estar em todas as portarias”. (Entrevistado 1)

O ideário era de que a humanização, enquanto política pública mobilizaria proposições críticas, reflexão quanto aos processos de trabalho em saúde, abertura dialógica junto aos usuários, profissionais e gestores, propostas de alteração e redesenhos das estratégias de atenção e gestão em saúde, protagonismo e autonomia dos sujeitos, e assim com tais premissas, o entendimento era de que estruturas normativas não suportariam tal reposicionamento.

E, não suportariam, justamente, por que não se entendia que a partir de normas e direções previamente planejadas, tais caminhos poderiam ser traçados. A compreensão apresentada por um dos entrevistados de que toda norma “é uma força de fechamento” esclarece o debate em questão.

“Desde o início, quando vai se afirmando a Humanização como um movimento de inscrição nas práticas de gestão de outros modos de fazer, se imaginava que a Humanização é uma política que produz movimentos críticos e, em alguma medida, movimentos de constrangimento. (...) Toda norma é uma força de fechamento (...) porque a norma, ela institui o espaço sobre o qual aquilo pode se manifestar”. (Entrevistado 4)

Assim, se toda norma implica, necessariamente à um determinado fechamento, contornando, como apontado no trecho da entrevista, a um espaço específico e restrito ao qual se pode transitar, a normatividade não cabia à proposta de transversalidade e de humanização que vinha sendo desenhada à PNH.

O entendimento de que os diálogos e processos de trabalho deveriam estar continuamente permeados por debates ampliados em prol da política de saúde, e não meramente a espaços específicos de atuação, lançava luz à transversalidade enquanto eixo essencial diretivo do trabalho em saúde.

Nessa direção, a proposta abraçada por aquele núcleo inicial do processo de formulação, digo inicial, pois outros atores foram sendo agregados ao processo, compreendia que a construção do trabalho não seria mediante normativas e assim, “portaria não, mas vamos fazer textos orientadores, e construímos esses textos (...) Mas seriam textos orientadores, nunca regras

absolutamente estanques, engessadoras. Não era isso que queríamos”.
(Entrevistado 5)

5.3. APOIOS E CONSTRANGIMENTOS AO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH

As entrevistas realizadas buscaram coletar dados relacionados a possíveis apoios e constrangimentos ao processo de formulação da PNH. Esse estudo considerou ser esse tópico importante de apresentação, apesar de ao longo do estudo, terem sido apresentados elementos que favoreceram e/ou constrangeram o processo analisado por esta tese.

Quanto aos apoios ao processo de formulação da PNH, os dados das entrevistas realizadas destacam que aproximações relevantes e positivas foram estabelecidas com o movimento negro na saúde. As áreas de saúde da criança e saúde da mulher também identificaram-se com as propostas que vinham sendo pautadas pelo processo em curso da humanização.

Os profissionais que conduziam debates quanto aos cuidados em saúde referentes a oncologia e DSAT/AIDS, também foram descritos como importantes atores que apoiaram o processo de formulação da política analisada. O apoio se refere a aproximação, entre esses atores e os atores formuladores da PNH, constituindo espaços dialógicos importantes que alimentaram o processo conduzido pela Secretaria Executiva.

“Esse grupo ai da Regina funcionou como uma antena. Tinha um contato grande com esses movimentos, com essas escolas. Por exemplo, a gente tinha um contato grande com o movimento negro na saúde. (...) O movimento das mulheres, do programa da saúde da mulher. O pessoal da saúde da criança, oncologia, o INCA”. (Entrevistado 3)

Dentre as Secretarias do Ministério da Saúde foram apontadas parcerias especialmente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – especificamente com o campo da gestão do trabalho, e a

Secretaria de Atenção a Saúde – mediante o Departamento de Atenção Básica.

A aproximação junto a diferentes estados e municípios, com importante apoio e solicitação de trabalhos em conjunto, conforme descrito no início desse capítulo constituiu suporte essencial ao processo de formulação da PNH.

Os constrangimentos ao processo analisado foram mais amplamente abordados nas entrevistas, isto porque acredita-se que estes tenham maior mobilização entre os atores consultados. No entanto, cabe esclarecer que, segundo os dados coletados, não houve oposição direta ao processo de formulação da PNH.

“Não. Teve essa discussão no momento de aprovação, mas depois não. O povo ignorou, uma coisa sem dinheiro, e que tudo que resultasse positivo era lucro para a gestão do Ministro. Eu não sentia assim em relação ao HumanizaSUS, descaso, desinteresse, mas não oposição. Não era prioridade, não se propuseram recurso. Mesmo quando começou a demonstrar... enfim, em um ano já tinha efeitos interessantes. Ministério é convidado para fazer uma mudança no hospital. Fazer uma cerimônia, ia e aproveitava... Mas não sentia, assim, uma oposição não”. (Entrevistado 10)

Todavia, não se pretende afirmar que não houve constrangimentos os processo analisado. A não oposição permitiu a entrada da temática na agenda, como problematizado em capítulos anteriores, entretanto, a não disponibilização de recursos financeiros e as divergências quanto à metodologia proposta pela política podem ser apontados como aspectos relevantes de análise.

Nessa direção, elementos foram apontados pelos entrevistados, estando estes principalmente relacionados ao baixo consenso em relação à estratégia metodológica eleita ao processo de formulação da PNH, frente as demais políticas do Ministério da Saúde, e ao campo de disputas por espaços políticos entre atores que compunham os altos escalões do Ministério da Saúde.

Assim, quanto ao baixo consenso frente ao modo de operar proposto pela PNH, o entrevistado informa que os embates estavam especialmente provocados por “esse modo de fazer [método proposto pela PNH] que era muito contrastante com o modo de fazer do Ministério, aí gerou muita tensão, muito desacordo. Que não era um desacordo pessoal, era desacordo metodológico”. (Entrevistado 1). As principais críticas operavam frente à proposta de trabalho intensivo, dialógico, em perspectiva de cogestão que vinha sendo desenhada ao contexto de formulação da PNH.

Nessa direção, a máquina ministerial marcada por características como o extensivismo das propostas políticas e, paradoxalmente, o centripetismo que direcionava o trabalho para dentro de sua estrutura, seguia em direção diversa da proposta metodológica da PNH.

“Eu prefiro pensá-la como a resistência intrínseca a um modo de operar hegemônico da máquina. Que é um modo de imperar, que é marcado por duas características, que é o extensivismo e um centripetismo, ou seja, é tudo muito virado para dentro da máquina. Paradoxalmente, a máquina ela é pouco virada para fora, ela é muito narcísica”. (Entrevistado 1)

Nessa direção de discussão, os elementos que facilitaram a política à concepção inovadora no campo da saúde, na mesma medida, a impulsionaram à movimentos de constrangimento dentro do Ministério. O trecho de entrevista transcrito é ilustrativo:

“Os elementos facilitadores dessa política foram também, curiosamente, em um outro momento, seus elementos dificultadores, que são muito mais os elementos de uma política partidária e de uma política nacional do governo, e não apenas do Ministério da Saúde, que acabam fazendo inflexões na composição do Ministério, não só em termos de pessoas, mas principalmente em termos de tendências, e que se sobrepõem à discussão da política de saúde”. (Entrevistado 6)

Na esteira dessa discussão, alguns movimentos dentro do próprio Ministério começam a espelhar as divergências nos modos de operar propostos pela PNH e aqueles que já vinham sendo pautados nas diferentes áreas. Divergências na proposta metodológica de condução do trabalho são

assim vivenciadas pelos profissionais da Secretaria Executiva, quando em articulação com outras Secretarias do próprio Ministério.

A perspectiva de que o grupo não apresentava propostas estruturadas, mas espaços dialógicos nos quais os debates pudessem produtivamente operar, promovia constrangimentos e descrença ao método apresentado.

“É que, na verdade, a gente não tinha proposta. A questão era a construção de um projeto. (...) E aí, você precisa de uma ação mais pragmática. Bom, Rio não tinha atenção básica. Aí vem o DAB: mas vocês querem o que mesmo? A gente não tem nada lá. Precisa construir lá e construir exatamente o que? O que vocês querem? Então, como não tinha um projeto pronto, você não tem uma cara com feições (...) muitas das pessoas são absolutamente cartoriais, é cartilha e o que está na cartilha. Qual a minha tarefa? (...) E aí, quando ela se depara com um processo em construção, isso assusta”.
(Entrevistado 11)

Ao passo das inflexões quanto ao método para a política que se desenvolvia, divergências conceituais e metodológicas afetam as relações entre profissionais dos altos escalões do Ministério da Saúde.

Um ponto relevante de destaque ao debate em tela, remonta às divergências quanto a diretrizes que vinham sendo propostas e implementadas no sistema municipal de saúde, especialmente em Campinas, e as diretrizes encampadas pelo Ministério da Saúde. O método extensivo e intensivo; A verticalidade e a transversalidade; A centralidade das decisões e a proposta de cogestão fundavam algumas dessas divergências que demarcaram enfrentamentos políticos que produziram movimentos de afastamentos e isolamentos no Ministério da Saúde.

Nesse contexto, cabe destacar, em especial, o grupo que conduzia a gestão da educação no Ministério da Saúde. Ressalta-se que a aproximação entre esses campos - PNH e Educação - não se deu sem conflito, sendo este de ordem política e conceitual. Oposições que remetem a momentos anteriores aquele do Ministério da Saúde, entre profissionais desses dois campos discursivos, foram abordados nas entrevistas realizadas.

“O campo da educação (...) um momento que a gente se aproxima do grupo dentro do Ministério que pensa a educação. Não sem muito conflito; havia conflitos, sim; conflitos de interesses, entradas, temáticas, isso tudo aparecia no campo discursivo dos dois projetos. Mas havia proximidade, havia discussões comuns, produções comuns (...) Agora, eu acho que ela foi pouco estruturada no final das contas. Ela foi pouco entremeada. Menos do que deveria”. (Entrevistado 5)

“Sem nenhuma interlocução, com baixíssima interlocução. Tanto é que a Educação Permanente não toma os conceitos da Humanização”. (Entrevistado 4)

É relevante lembrar que o debate no campo da educação, naquele momento histórico, conduzia a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Algumas das principais diretrizes dessa política mantinha estreita afinidade com as discussões propostas pela PNH, dentre estas pode-se apontar a potencialização do trabalhador em saúde e a centralidade da problematização dos processos de trabalho – entre trabalhadores e gestores - enquanto eixo fundante das mudanças nas práticas de atenção e gestão.

Assim, um dos entrevistados revela que “muitas coisas que nós achávamos que podíamos avançar muito, elas ficaram pelo caminho. Talvez a educação tenha sido um desses movimentos. Eles não se acompanharam. Nem se acompanharam em conjunto, nem tanto solitariamente”. (Entrevistado 5)

A referência a falta de recursos financeiros também foi apontada como um dos fatores que constrangeram, não o processo de formulação da política em si, mas denotava a sua baixa adesão.

“Eu acho que tem um elemento que também é importante e que se torna um elemento ao longo do tempo... eu não diria que naquele momento, mas ao longo do tempo... e era um pouco esperado... que se tornou um elemento dificultador, nós não tínhamos nenhum orçamento específico para essa política”. (Entrevistado 6)

Embora o grupo tenha apresentado argumentos de que a “sustentabilidade devia se dá muito mais como uma sustentabilidade política do que operacional, política no sentido lato e operacional no sentido concreto da execução da política” (Entrevistado 6) a não disponibilização de recursos financeiros restringia a ampliação das propostas que vinham sendo experienciadas nos estados e municípios.

Nessa composição de fatores, de aproximação e afastamento, muitos entrevistados relataram experiências de isolamento dentro da máquina ministerial. O trecho transcrito da entrevista ilustra o debate.

Os movimentos de tensionamentos internos passam a produzir compreensões de disputas políticas por posições estratégicas dentro do Ministério. Tais percepções passam a efeitos de fechamento político para alguns dos profissionais da Secretaria Executiva.

“(…) Houve um processo de tensionamento nas relações políticas internas, porque é óbvio que um cidadão como o Gastão, com a potência intelectual que tem, com a experiência de gestão que tem, e um sujeito que produz sedução intelectual, não intencionalmente, um sujeito que encanta, é um sujeito que as pessoas o ouvem. E Regina. Você ouve essas pessoas (...) As pessoas se encantam (...) As pessoas começam a ver possibilidade de fazer diferente”. (Entrevistado 4)

“E começa a aparecer nessa estrutura piramidal, começa a aflorar com muita força o pólo paranóide da instituição. (...) E ai, isso tudo vai criando uma ideia de que o Gastão quer ser Ministro, que essa galera dele está tudo se metendo nas políticas, e começa a ter processo de fechamento. E ai tem duas rotas de fechamento para a Humanização (...) que são muito fortes, que é no campo da gestão da educação e do trabalho”. (Entrevistado 8)

Nesse movimento “houve fragmentação nos dois anos e pouco, na gestão do Humberto. Foi uma gestão fragmentada, de disputas internas, então tinha muito ator poderoso, não foi fácil”. (Entrevistado 7).

Nessa perspectiva, passa a haver no Ministério movimentos de fechamento e isolamento que conduziram ao rompimento do grupo da Secretaria Executiva com o Ministério da Saúde, como poderá ser observado no tópico seguinte.

“Ou seja, aquilo que foi que aglutinou essa turma toda para assumir o Ministério, em um ano e meio, começa a criar guetos internos, a tal ponto que não sobra ninguém depois. Sai Gastão primeiro. Essa é uma razão, tem razões mais fundamentais que essas (...) Em alguma medida, o movimento Humanização produziu isso e o Ministério teve muita dificuldade de suportar”.
(Entrevistado 4)

5.4 O AFASTAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A saída do grupo do Ministério da Saúde foi ponto de questionamento nas entrevistas realizadas. Cabe descrever que os embates e alguns dos constrangimentos apresentados anteriormente foram apontados como fatores relevantes que impulsionaram esse processo. A descrição de conflitos políticos internos marcou uma das motivações que levaram ao afastamento de alguns dos profissionais que compuseram a Secretaria Executiva do Ministério. Os entrevistados relatam que as divergências na condução de processos internos à máquina ministerial, bem como nas diretrizes à política de saúde foram permeando as relações de forma que o rompimento era esperado.

Nesse contexto, Gastão Wagner deixa a Secretaria Executiva em fins do ano de 2004. Em janeiro do ano de 2005, Regina Benevides deixa o trabalho no Ministério.

“No final de 2004, muda-se a gestão do MS, saem os dirigentes de vários escalões, incluindo o secretário executivo, diretores e coordenadores deste órgão, impactando a PNH e gerando, como consequência, o pedido de demissão da coordenação, do grupo de assessores e de consultores externos da Política”.
(MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 632)

Por um curto espaço de tempo, um grupo de profissionais mantém o trabalho que vinha sendo desenvolvido, com o objetivo de que a continuidade das atividades não fosse prejudicada, responsabilizando-se assim pela condução de processo que vinham sendo tratado por aquela gestão.

Com a saída de Gastão e Regina, os entrevistados informaram que houve debate sobre a permanência dos demais profissionais que com eles desenvolviam suas atividades e, nesse contexto, a decisão da maior parte do núcleo formulador da PNH foi de deixar o Ministério da Saúde. Os profissionais que ali se mantiveram foram desenvolver projetos no campo do QUALISUS.

Diante das mudanças “em janeiro de 2005 a gestão da PNH é transferida para a SAS. O Ministro da Saúde nomeia nova coordenação [Ângela Pistelli, assistente social e sanitária] da PNH do quadro de assessoria da diretora do Departamento de Atenção Básica”. (MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 632)

Nesse contexto, “a PNH atua para dentro do MS (...) assume um caráter programático, contrapondo-se ao seu caráter de “obra aberta”, que pressupõe a construção coletiva, permanente e horizontal, na perspectiva de uma política pública”. (MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 632)

Em Julho do ano de 2005, Humberto Costa deixa o Ministério da Saúde. Sendo seu sucessor José Saraiva Felipe. Em setembro de 2005, “novo momento político se instala no MS – É nomeado o novo Secretário da SAS, Dr. José Gomes Temporão. A nova gestão da SAS aposta no modo de fazer da PNH”. (MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 632)

Quando Temporão assume a SAS ele busca a reativação dos debates da Política de Humanização e assim:

“Como o Temporão tinha experimentado no INCA a Humanização, quando ele assume a SAS, ele imediatamente chama Regina e Gastão para conversar e, muito generosamente, diz: retomem a política e vocês têm carta branca para trazerem quem vocês quiserem, recomponham o grupo, porque a humanização vai ser uma das políticas que orientará a minha gestão no SAS”. (Entrevistado 4)

No entanto, apesar do convite de Temporão, Gastão e Regina não retomam a condução dos debates em nível federal. Em uma decisão colegiada do grupo, a indicação para a coordenação da política para Adail de Almeida

Rollo, companheiro que havia dividido com aquele grupo os desenhos iniciais da PNH.

Segundo dados das entrevistas, Adail faz uma gestão muito importante na PNH, introduzindo conceitos e modos de pensar o território. A gestão de Adail “é momento que traduz o processo de cogestão para dentro da política. A equipe é reestruturada e constrói interfaces intra e interinstitucionais e articulações com a sociedade civil”. (MORI E OLIVEIRA, 2009, p. 632)

No ano de 2007, início do novo mandato do governo Lula. Neste o então Secretário da SAS – José Gomes Temporão - passa a Ministro da Saúde e a PNH passa a ter novo coordenador - Dário Frederico Pasche.

Naquele novo contexto, a humanização tinha um “um lugar institucional muito melindrado, em termos de cargos internos. Temporão, gentilmente, cede os maiores cargos que ele tinha, que são assessores diretos do Ministro, para a coordenação da Humanização”. (Entrevistado 4). Tal direção demonstra a centralidade que tal política iria manter naquela gestão.

“Um lugar de proteção de uma política que agora vai estar em uma máquina (...), com Temporão, um grupo muito mais aberto, inclusive por relações internas com o PMDB, aquele Ministério era muito pouco favorável ao desenvolvimento (...) em um outro momento institucional. Então vai ficar ligado ao gabinete do Ministro porque a aliança era com o Ministro”. (Entrevistado 4)

Esse estudo não seguiu com as sucessões que se deram após Dario Pasche, pois em não sendo escopo dessa tese apresentou a discussão buscando referenciar que aqueles profissionais do núcleo formulador inicial, retornam ao Ministério, em momentos futuros, para a condução da PNH.

5.5. UM PROCESSO EM CONSTANTE FORMULAÇÃO

Por fim, esta tese buscou investigar junto aos atores-chave do processo estudado, suas compreensões quanto ao processo de formulação de

políticas públicas. Considerando o entendimento desse estudo, apresentado em sua metodologia, de que o processo de formulação de políticas sociais não se constitui em momento único.

Esse debate é resgatado ao fim dessa tese, pois pretende-se reafirmar que apesar de o escopo desse estudo ter delimitado o momento inicial de concepção da PNH, a sua formulação não se finda com a saída do grupo que conduziu esse debate no Ministério, nos anos iniciais do governo Lula. Tal entendimento é compartilhado pelos atores/formuladores da PNH, como pode ser identificado no trecho de entrevista abaixo.

“Eu acho que a formulação vem até hoje. Eu acho que, se agente pensa em formulação de política, a gente pensa que ela é um processo interminável. Ela não vai terminar, porque ela vai estar lidando com os tensionamentos e com os desafios que vão se colocando a cada momento. Por isso que ela é uma política aberta e ela é uma política que vai sempre precisar ser repensada, se a gente a entende como política de saúde. Ela não é um programa, que tem um pacote específico de intervenção”. (Entrevistado 6)

Não há assim um momento inicial ou que determina tal processo, mas momentos encadeados, oportunidades, convites, possibilidades e desafios que se colocaram à sua formulação.

“Não, não tem. Eu acho que não tem não. A Conferência. Teve essas barracas, teve o curso dado no Ministério. Isso tudo foi feito. Na realidade, não teve um momento inaugural. Há, na verdade, um caldo. Um caldo pré-biótico, a partir do que a vida, ela surge. Então qual o determinante da vida? Naquele caldo ali tem muitos elementos heterogêneos que entram em uma certa sinergia, uma certa articulação que faz nascer a vida”. (Entrevistado 1)

Entretanto, é relevante apontar alguns marcos que merecem destaque de apresentação quanto ao processo de formulação da PNH. Dentre esses, um primeiro que talvez tenha sido o mais relevante, uma vez que subsidiou de forma concreta o processo de formulação da política analisada, remonta ao convite à Gastão Wagner para compor a Secretaria Executiva do Ministério. Entende-se esse primeiro elemento como construto basal que permitiu as

condições concretas para que Regina Benevides e demais companheiros compusessem a equipe de formuladores da PNH.

Um segundo momento descreve a reunião de colegiado na qual as decisões e linhas prioritárias de atuação, de cada uma das áreas do Ministério foram desenhadas para aquela gestão. O debate também apresentado no estudo destaca o protagonismo dos profissionais, em especial Gastão Wagner e Regina Benevides, na defesa do projeto de reformulação das bases da humanização enquanto uma política pública.

Por conseguinte, já com a designação para a elaboração de uma política de cunho nacional, com base na humanização e mediante as discussões da transversalidade, algumas estratégias foram pensadas pelos atores envolvidos no processo para a formulação da política que tinham como missão elaborar.

“É claro que, se a gente pensa nesse primeiro momento, ele tem alguns marcos: Essas reuniões, elas tem composições de atores e de questões diferenciadas. Lá naquele primeiro momento era um momento mais interno, era um momento mais de diálogo com as pessoas que estavam assumindo o Ministério naquele momento, que vinham de diferentes experiências na história da Saúde Pública do país. Depois a gente vai ter um momento, que eu também vou chamar de mais interno, que era o movimento das barracas, mas era um movimento interno para poder abrir a discussão do lugar do trabalhador do Ministério como um trabalhador do SUS. Depois a gente vai ter um momento de diálogo com os Estados e Municípios. Depois a gente vai ter outro grande momento, que é o momento da Conferência Nacional de Saúde. Então, assim, você vê que tem diferentes composições e níveis de formulação disso que a gente está chamando de Política Nacional”. (Entrevistado 13)

Cabe lembrar que o processo de formulação da PNH, conforme pode ser observado no trecho de entrevista abaixo foi sendo construído por aqueles atores, não estando previamente elaborado.

“Nós fomos resgatando um pouquinho daquilo que tínhamos de experiência, fomos atravessando alguns outros caminhos, então a gente não tinha elementos para dizer: olha, eu preciso deste movimento ou daquele movimento. Isso não estava claro para a gente ainda. Estava em composição”. (Entrevistado 11)

A transcrição acima afirma a discussão de que o processo de formulação de uma dada política não se constitui estanque ou previamente determinado. Assim, seguiu o processo de formulação da PNH - um contínuo de formulações teóricas e de experimentações.

A continuidade desse processo ressalta uma das peculiaridades do processo de formulação da PNH, a qual se refere aos movimentos de experimentação, interno e externo ao Ministério da Saúde. Mediante essa concepção a PNH “nasceu como uma inflexão do SUS, em outras palavras emergiu da análise de sua própria experimentação como política pública e prática social, o que já é um diferencial importante em sua formulação”. (PASCHE E PASSOS, 2010a, p. 424)

“Havia um momento de reflexão sobre aquilo, mas havia um momento de experimentação. Esses eram os momentos de experimentação daquilo que a gente formulava. Depois precisávamos ampliar a formulação, então as oficinas, então os encontros maiores, as proposições maiores, mas todos eles são absolutamente formuladores. Experimentação é a formulação pragmática. Por isso que essa discussão “quem faz e quem pensa” era absolutamente micro, ineficiente, ela não existe, ela é uma fantasia, porque tudo era composição de formulação, tudo era formulação. Aqui estamos aplicando, mas aplicando porque estamos formulando. (...) Então tudo é formulação. É campo de experimentação e de formulação”. (Entrevistado 5)

“Eu acho que a PNH foi um pouco assim. Tinha um caldo que era aquilo: governo PT; convite do Gastão; Gastão chama Regina; Regina chama algumas pessoas, chamou a Márcia para pensar em uma imagem; tinha o Paulo, que estava ligado aos movimentos comunitários (...) a partir daí, surge então a aposta de uma Política de Humanização”. (Entrevistado 1)

Diferentes momentos, processos e atores compuseram o desenho - formulação - da política estudada, não havendo um espaço único, um ator único, um momento ou seminário único. A PNH foi formulada na pluralidade das relações e composições vivenciadas, dentro e fora do Ministério da Saúde, por aqueles atores que “emprestaram” suas trajetórias, percepções, afetividades e convicções ao processo analisado por esta tese.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese pretendeu oferecer contribuições ao campo da formulação de políticas públicas em saúde, tendo como objeto de análise o processo de formulação da Política Nacional de Humanização.

Diante de tal objetivo, foram eleitas linhas de investigação que permitissem ao estudo desenvolver a análise sobre a formulação da PNH, dentre estas estavam: o perfil dos atores-chave do processo estudado, bem a identificação de possíveis laços prévios entre esses profissionais; o contexto do Ministério da Saúde à época do processo de formulação; os elementos que favoreceram a eleição da humanização como uma das linhas prioritárias na agenda governamental; as ideias, o reposicionamento conceitual, as estratégias junto aos estados e municípios e a metodologia de trabalho proposta pela PNH e os principais apoios e constrangimentos ao processo de formulação da política estudada.

O estudo teve como recorte temporal os anos iniciais do primeiro governo Lula, anos 2003-2004, na medida em que se identificam nesse período as condições concretas para que o processo analisado pudesse ser desenvolvido no Ministério. Além de revisão bibliográfica sobre o tema e da análise de fontes documentais foram entrevistados sete profissionais. Entre os entrevistados estiveram o Ministro da Saúde à época – Humberto Costa – e profissionais que compunham o grupo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, na medida em que este foi o lócus de formulação da PNH.

Naquele contexto, a Secretaria Executiva estava sob a gestão de Gastão Wagner de Souza Campos. Regina Benevides de Barros ocupou o cargo de diretora de programa, responsável pela coordenação da PNH. Aliaram-se a eles parceiros de trajetórias anteriores, da UNICAMP/SMS Campinas e da UFF, que desenvolveram proposições e experimentações importantes ao campo da Saúde Pública brasileira.

A hipótese que orientou esse trabalho era de que o processo de formulação da PNH havia sido oportunizado pela confluência de atores sociais importantes no campo da Saúde Pública brasileira, que passaram a ocupar cargos estratégicos no Ministério da Saúde, nos primeiros anos do governo Lula.

Nessa direção, o pressuposto inicial era de que o grupo que veio a compor a Secretaria Executiva teria trazido aos projetos, então existentes no Ministério da Saúde, referências do campo da saúde mental, bem como das construções que vinham sendo desenvolvidas na UNICAMP, especialmente sobre o método Paideia. Tais referenciais teriam dado origem a PNH.

O pressuposto inicialmente formulado de que foi a confluência de atores que oportunizou o processo de formulação da PNH, pôde ser confirmado durante a elaboração desse estudo. Mais do que simples confluência foi possível identificar uma irmandade conceitual e política compartilhada entre os atores-chave entrevistados.

Tal identificação permitiu articulação com o modelo de Coalizão de Defesa proposto por Sabatier e Jenkins-Smith que informam que uma coalizão é formada a partir de um conjunto de crenças compartilhadas, sendo este o caso aplicado ao grupo de profissionais entrevistados. As parcerias pregressas entre esses atores permeavam não somente o ideário de composições e propostas ao sistema de saúde, mas também o campo de ideologia política em sintonia com os movimentos da reforma sanitária brasileira.

Cabe ainda destacar que o modelo proposto pelos autores foi bastante útil na análise das relações internas do grupo da Secretaria Executiva. Isto porque, o modelo descreve que em uma coalizão apesar de haver consenso sobre as crenças fundantes, nem sempre haverá tal coesão quanto a aspectos instrumentais ou secundários. Nas entrevistas realizadas foi possível identificar que haviam divergências dentro do grupo de atores-chave, divergências estas que produziram inclusive acusações quanto a grupo que 'faz' e um grupo que 'formula'.

Entretanto, para além das divergências destacadas é relevante considerar que a coalizão do grupo favoreceu o processo de formulação da PNH, tendo nesse contexto o protagonismo de Gastão Wagner de Souza Campos como ator essencial para que a humanização fosse eleita uma das linhas prioritárias de atuação daquela gestão.

É relevante lembrar que Gastão era importante personagem do campo da Saúde Pública. As proposições inovadoras, formuladas em sua trajetória como gestor do sistema de saúde em Campinas e como pesquisador/docente na UNICAMP, propunham importantes inovações ao campo da gestão em saúde. Como pode ser observado nesta tese ocupou o cargo de vice-ministro, mas seu nome havia sido cogitado para conduzir o Ministério da Saúde, caracterizando a sua influência política e conceitual/metodológica na Saúde Pública e naquele governo.

Nessa direção, foi interessante resgatar o modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon para auxiliar na compreensão dos elementos que favoreceram a eleição da humanização como uma das linhas estratégicas da agenda daquela gestão. O modelo proposto pelo autor informa três fluxos principais que favorecem a formação da agenda: fluxo de problemas (*problemstream*), fluxo de soluções e alternativas (*policystream*) e o fluxo de políticas (*politicalstream*).

Dentre estes, destaca-se para auxiliar na análise desse estudo o fluxo de soluções e alternativas (*policystream*) e o fluxo de políticas (*politicalstream*). No primeiro fluxo, Kingdon apresenta dois eixos de debate, aquele que referencia que as soluções procuram problemas (*garbagecan*) e as comunidades de alternativas (*policycommunities*).

O entendimento de que soluções procuram problemas pareceu especialmente caro a esse estudo, uma vez que compreende que os grupos não necessariamente resolvem problemas, mas criam soluções e que estas, então, procuram problemas para os quais as soluções pensadas possam ser aplicadas. Tais soluções seriam desenvolvidas por comunidades que produzem alternativas (*policycommunities*), compostas geralmente por especialistas – pesquisadores, acadêmicos entre outros. A relação analítica que se pretende

desenvolver referencia as produções conceituais e metodológicas que vinham sendo desenvolvidas pelos atores-chave do processo estudado, em suas trajetórias profissionais que antecederam o Ministério da Saúde.

Nessa direção, o modelo de *'garbagecan'* referenciado por Kingdon parece conduzir ao entendimento de que a irmandade conceitual e política entre os atores-chave permitiu que propostas previamente concebidas por esses profissionais – soluções – fossem postas como alternativa a alguns dos problemas, identificados logo nos primeiros meses no Ministério da Saúde, dentre estes a fragmentação e a verticalização. Tal direção permite o entendimento de que ainda que recentemente chegados ao Ministério, já em fevereiro de 2003 esses atores decidem pela formulação da Política Nacional de Humanização.

O segundo fluxo mencionado pelo modelo de kingdon destaca o fluxo de políticas (*politicalstream*) como eixo importante na composição da agenda governamental. A referência as mudanças dentro do próprio governo (*turnover*) como uma das situações que favorecem a entrada de uma temática na agenda, remete ao recorte temporal desse estudo, ou seja, os anos iniciais do governo Lula. As mudanças nos altos escalões favorecem assim que sejam produzidas mudanças nas agendas, tendo como importante pilar dessas mudanças a capacidade de influencia dos profissionais que ocupam os altos escalões no governo. Neste estudo, destaca-se a importância de Gastão Wagner de Souza Campo nesse processo.

O debate quanto a 'janela de oportunidades' (KINGDON, 2003 [1984]) destaca a confluência dos três fluxos como momento de abertura e oportunidade para que novas temáticas possam ser consideradas. Nas análises desta tese considera-se que a 'janela de oportunidade', identificada pelos atores-chave, permitiu a entrada da humanização na agenda e a conseqüente elaboração da política.

Não se pretende com tais análises afirmar que a proposta de uma Política Nacional de Humanização estivesse previamente determinada pelos atores-chave entrevistados. Compreende-se que a janela de oportunidades e a

eleição da humanização enquanto elemento disparador do debate que se pretendia desenvolver, apenas se delineia mediante o contato desse grupo com o Ministério da Saúde. Todavia, é relevante considerar a tese de que as produções conceituais e metodológicas que informam a política, já vinham sendo desenvolvidas por esses atores em outros espaços, e naquele contexto, pela oportunidade, alcançam a esfera federal.

É possível reconhecer que o grupo que assume a Secretaria Executiva carrega consigo uma intencionalidade, qual seja, resgatar os princípios da reforma sanitária e propor um método para por em marcha tais princípios. Assim, mais do que um projeto para a humanização o que o grupo pretendia era um projeto ao sistema de saúde.

Assim, ao mesmo tempo em que os atores-chave constituíram oportunidade para a formulação da Política Nacional de Humanização, a temática humanização oportunizou a esses atores materializar seu projeto – que já vinham em curso em outras esferas - ao sistema de saúde.

Da mesma maneira, não se pode afirmar que o desenho da PNH estivesse previamente idealizado e delineado. As experimentações propostas para dentro do Ministério da Saúde - Projeto Barracas da Saúde - e para fora do Ministério - Prêmio David Capistrano – são importantes exemplos de que a política apresentou caráter diferenciado em sua formulação, enquanto política pública, uma vez que considerou no seu processo de concepção a positividade das experiências em curso no sistema de saúde.

O entendimento de que a hipótese inicial desse estudo não havia sido totalmente alcançada se justifica. Inicialmente imaginava-se que o grupo que compôs a Secretaria Executiva havia trazido referências do campo da saúde mental e em especial da UNICAMP, aos projetos então existentes no Ministério da Saúde.

A hipótese inicial quanto aos aportes teóricos e metodológicos se confirmou nas análises desse estudo. Entretanto, não se pode afirmar que estes foram postos a favor de projetos então existentes no Ministério da Saúde, isto porque não se propôs a reformulação do PNHAH, mas a formulação de

proposta ao campo da saúde, proposta esta que não se restringia a ações pontuais, mas a um 'reencantamento' dos princípios do SUS.

A humanização assim passa à política pública enquanto uma proposta metodológica para que se fizesse operar os princípios do SUS. O entendimento era de que estes – princípios – já estavam postos, mas que o sistema de saúde carecia de métodos que lhe informassem o 'como' fazer. Esta era a proposta da PNH. Assim, mais do que reformulação do PNHAH, a PNH reposiciona o termo 'humanização' e a apresenta enquanto proposta metodológica para o sistema de saúde, como cita um dos entrevistados, o grupo se constituiu 'uma antena da reforma sanitária'.

O PNHAH alocado na Secretaria Executiva se constituiu, naquele contexto, importante "ferramenta não inventada" para que a PNH não se defrontasse com disputas políticas internas no Ministério da Saúde. A manutenção do nome "humanização" na política, apesar das críticas dos atores-chave, informa estratégia para que esta encontrasse aderência e reverberação positiva à sua implementação.

Os principais constrangimentos ao processo estiveram mais intimamente relacionados a divergências metodológicas, que propunham a reflexão, problematização e cogestão como base de todo o processo dialógico com o sistema de saúde. É relevante a análise de que a divergência metodológica não é menos importante, na medida em que o método, o 'como' era justamente o principal propósito da política. O que se pretende iluminar neste caso, é que a divergência ao método constituía divergência orgânica a política, uma vez que organicamente o método - o modo de operar - era a sua principal intencionalidade.

É ainda relevante considerar a potencia dos atores que compuseram o processo de formulação da PNH e a importante condução pública e democrática conferida ao processo. Refere-se o caráter público e democrático dessa construção pela sua constante alimentação pelas bases do sistema de saúde.

Por fim, não se pode furtar a apresentação dos limites do recorte desse estudo. Cabe referenciar que o desenho metodológico permitiu que apenas um grupo de profissionais fosse chamado ao debate, sugerindo que em estudos futuros, que extrapolem o escopo desta tese, outros atores de diferentes Secretarias do Ministério da Saúde possam ser convidados a informar sobre o processo de formulação da PNH.

Além das secretarias ministeriais seria interessante que atores do próprio sistema de saúde, que compuseram campo de experimentação da PNH à época fossem entrevistados. Além destes, sugere-se ainda que outros estudos possam aprofundar as pesquisas na base de dados do SCIELO e do Portal da CAPES, bem como analisar as diferentes gestões da PNH e as possíveis implicações para a política.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARRETECH, Marta. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas.** In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre & CARVALHO, Maria do Carmo Brant (org.) *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais.* São Paulo: IEE/PUC, p.46-57 2001.

BRAVIN, Fábio. **Política e ação pública: análise da Política Nacional de Educação Permanente em saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade do de Brasília – UNB. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Política Social. Brasília, 2008.

CAPELLA, Ana Claudia. **Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas.** Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais (BIB). N. 61, p-25-52, 2006.

COHN, Amélia *et al.* **A saúde como direito e como serviço.** Editora Cortez. 164p. 2010.

DESLANDES, Suely. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Revista Ciência e saúde Coletiva, 9(1): 7-14, 2004.

DESLANDES, Suely. **O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade.** Revista Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.9. N.17, p.401-403, mar/ago, 2005^a.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexão referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.** In: Planejamento e Políticas Públicas, Brasília. IPEA. N^o21, p.212-258, 2000.

HECKERT. Ana Lúcia *et al.* **Um seminário dispositivo: a humanizacao do sistema Único de saúde (SUS) em debate.** Revista Interface. Comunicação, Saúde, Educação. V. 13, supl. I, p. 493-502, 2009.

KINGDON, John. **Agendas, alternatives, and public policies.** 3 ed. Nova York, Harp Collins (2003 [1984]).

LABRA, Eliana. **Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão.** Ciência & Saúde Coletiva, V.9 (2): 131-166, 1999.

LOBATO, Lenaura. **Algumas Considerações sobre a representação de interesses no processo de formulação de políticas públicas.** Revista de Administração Pública. RAP. EBAPE. FGV. RAP. N.3 (1): 30-48, jan/fev, 1997.

MAIAROTTI, Adriana. **A humanização como diretriz reorganizativa da política e das práticas em saúde.** Revista Sociedade em Debate. V.16, n.1, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. **Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas.** In: MINAYO, Maria Cecília *et al* (org.). Avaliação por Triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz, p.53-69, 2005.

MINAYO, Maria Cecília *et al*. **Métodos, técnicas e relações em triangulação.** In: MINAYO, Maria Cecília *et al* (org.). Avaliação por Triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz, p.71-104, 2005.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato.** Revista Interface. Comunicação, Saúde, Educação. V. 13, supl. I, p.627-640, 2009.

PINHEIRO, Anelise. **Análise histórica do processo de formulação da Política Nacional de Segurança alimentar (2003-2006): atores, ideias, interesses e instituições na construção de consenso político.** Tese (doutorado) – Universidade do de Brasília – UNB. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós Graduação em Política Social. Brasília, 2009.

SABATIER, Paul. **Theories of the policy process.** 2 ed. Boulder. Westview, 344p, 2007.

SENNA, Monica. *et al*. **Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro.** Relatório de Pesquisa, 2007.

SOUZA, Edinilsa *et al*. **Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos.** In: MINAYO, Maria Cecília *et al* (org.). Avaliação por

Triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Editora Fiocruz, p.133-155, 2005.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas.** In: HOCHMAN, Gilberto *et al* (org.). Políticas públicas no Brasil. Editora Fiocruz, p.65-85, 2007.

VIANA, Ana Luiza, BAPTISTA. Tatiana. **Análise de Políticas de Saúde.** In: GIOVANELLA *et al* (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz, p.65-104, 2008.

FONTES CONSULTADAS

BENEVIDES, Regina. BARROS, Maria Elizabeth. **Da dor ao prazer no trabalho.** In: SANTOS-FILHO, Serafim. BAROS, Maria Elizabeth (org.). Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Editora Unijui. p.61-71, 2009.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** Revista Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.9. N.17, p.389-406, mar/ago, 2005a.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10(3) :561-571, 2005b Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.9. N.17, p.389-406, mar/ago, 2005b.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. **Réplica [Humanização na saúde: um novo modismo?]** Revista Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.9. N.17, p.404-406, mar/ago, 2005c.

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. **Prefácio. Uma (in) esperada avaliação.** In: SANTOS FILHO, Serafim. Avaliação e humanização em saúde. Aproximações metodológicas. Editora Unijui, p.17-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** 1986. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. 1986. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde.** 1993. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf. 1993. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB 96.** Portaria Nº 2.203, 5 de novembro de 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da X Conferência Nacional de Saúde.** 1998. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf. 1998. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de baixo peso – método canguru**. Instituído pela Portaria GM/MS n.º 693, de 5 de julho de 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde**. 2002a Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf. 2002a. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Relatório de Gestão 1998/2001**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2002b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_sas.pdf. Acesso em 10 agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 52p, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. Documento para Discussão. Versão Preliminar**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 20p. 2003a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus.pdf>. Acesso em 05 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Oficina Nacional HumanizaSUS: construindo a Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2003b. Disponível em bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf. Acesso em 05 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização com eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2004a. Disponível em bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf. Acesso em 05 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Relatório de Atividades 2003**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 24p. 2004b. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_atividades_2003.pdf. Acesso em 05 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS 2**. Ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. 51p. 2004c. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf. Acesso em 05 julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde**. 2004d. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf. 2004d. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Edital de Prêmio David Capistrano**. 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da XIII Conferência Nacional de Saúde**. 2008. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf. 2008. Acesso em 10 setembro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. A humanização com eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde**. 2012. Disponível em conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. 2012. Acesso em 10 de setembro de 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Paideia e gestão: Um ensaio sobre o apoio Paideia no trabalho em saúde**. 2003. Disponível em www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc.../35-apoio-paideia. Acesso em 24 de maio de 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Revista Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.9. N.17, p.308-400, mar/ago, 2005^a.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Efeito Paideia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida.** Revista Trabalho, Educação e Saúde, v. 4 n. 1, p. 19-31, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Apresentação** [do livro]. In: SANTOS-FILHO, Serafim. BAROS, Maria Elizabeth (org.). Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Editora Unijui. P.11-15, 2009.

PASCHE, Dario. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Revista Interface. Comunicação, saúde, Educação. V.13, sul I, p.701-708, 2009.

PASCHE, Dário. PASSO, Eduardo. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde** - aposta da Política Nacional de Humanização. Revista Saúde em Debate, v.34, n.86, p.423-432, jul./set., 2010a.

PASCHE, Dário. PASSO, Eduardo. **O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical.** Revista Saúde em Debate, v.34, n.86, p.423-432, jul./set., 2010b.

ROLLO, Adail. **É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”?** In: SANTOS-FILHO, Serafim. BAROS, Maria Elizabeth (org.). Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Editora Unijui. p.19-59, 2009.

APÊNDICE I:

LISTA DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS E CARGOS À ÉPOCA DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DA PNH

HUMBERTO SÉRGIO COSTA LIMA. Ministro da Saúde. Entrevista concedida à autora dessa tese em 17 de maio de 2013, em Brasília-DF.

GASTÃO WAGNER DE SOUZA CAMPOS, Secretário Executivo/Vice-Ministro. Entrevista concedida à autora dessa tese em 18 de dezembro de 2012 e 23 de maio de 2013, em Campinas-SP.

REGINA BENEVIDES DE BARROS. Coordenadora da Política Nacional de Humanização. Diretora de Programa da Secretaria Executiva. Entrevista concedida à autora dessa tese em 12 de janeiro de 2013, via Skype.

EDUARDO HENRIQUE PASSOS. Consultor da PNH. Entrevista concedida à autora dessa tese em 31 de janeiro de 2012, no Rio de Janeiro – RJ.

ALTAIR MASSARO. Consultor da PNH. Entrevista concedida à autora dessa tese em 29 de março de 2013, via Skype.

ADAIL DE ALMEIDA ROLLO. Consultor da PNH. Entrevista concedida à autora dessa tese em 17 de maio de 2013, em Brasília-DF.

DÁRIO FREDERICO PASCHE. Coordenador-Geral de apoio a implementação de políticas de saúde. Departamento de Apoio à Descentralização - DAD. Secretaria Executiva. Entrevista concedida à autora dessa tese em 11 de abril de 2013, no Rio de Janeiro - RJ.

APÊNDICE II:

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA AS ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Título da Pesquisa: "A formulação da Política Nacional de Humanização"

Doutoranda: Adriana Maiarotti Justo

Orientadora: Prof. Dra. Mônica de Castro Maia Senna

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

BLOCO 1- BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO:

- 1.1. Minha apresentação
- 1.2. Inquietação da pesquisa
- 1.3. Proposta e Expectativa da Entrevista

BLOCO 2- PERFIL DO ENTREVISTADO:

- 2.1. Formação acadêmica
- 2.2. Cargo e local de trabalho à época da FPNH
- 2.3. Livre para apresentação: Informações pessoais e profissionais relevantes à FPNH.

BLOCO 3-COMPOSIÇÃO/CONTEXTO DO MINISTÉRIO À ÉPOCA DA FPNH:

- 3.1. Como surgiu o convite para integrar o MS? Quando e por quem?
- 3.2. Como se constituía o MS à época do seu convite?
- 3.3. Qual era o contexto do Ministério da Saúde com o primeiro mandato do Governo Lula?
- 3.4. De que maneira a humanização se destaca no MS? Houve solicitação direta? Por quem? Qual a solicitação?

- 3.5. Houve aproximação direta entre o Ministro e o processo de FPNH?
- 3.6. Como se deu o convite ao grupo de formulação da política? Quem convidou? Por quais motivos? Qual o pedido para esse grupo?

BLOCO 4- O PROCESSO DE FPNH

- 4.1. Em fevereiro de 2003 a nova equipe do MS decidiu pela criação de uma PNH. De que maneira isso aconteceu? Por que uma PNH?
- 4.2. Qual a sua percepção do sistema de saúde à época de FPNH? A PNH busca responder?
- 4.3. Qual a sua percepção das relações/construções sociais à época de FPNH? A PNH busca responder?
- 4.4. Qual a sua motivação/aposta em uma PNH
- 4.5. Houve pressão ou resistência de movimentos sociais, profissionais, usuários ou outros para a formulação da PNH?
- 4.6. No primeiro semestre de 2003 houve Barraca da Saúde + 6 oficinas internas MS + 18 visitas a estados. Como se deram esses processos?
- 4.7. Quais áreas do Ministério ofereceram apoio a FPNH? Houve resistências?

A PNH

- 4.8. O que entende por humanização?
- 4.9. Uma política proposta à transversalizar a política de saúde, por que o nome humanização?
- 4.10. A política possui um legado prévio nos programas anteriores ou na saúde mental?
- 4.11. Houve concepções/referenciais teóricos que embasaram a FPNH? Quais?
- 4.12. Houve disponibilização de recursos financeiros?
- 4.13. Qual a proposta metodológica – método – da PNH
- 4.14. PNH: Oportunidades e Impasses

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Formulação da Política Nacional de Humanização

Pesquisador Responsável: Adriana Maiarotti Justo / Mônica Senna

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense / Programa de Estudos Pós Graduated em Política Social - Doutorado

Telefone para contato: (21) 9979-7937

O(A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “A Formulação da Política Nacional de Humanização: Uma Proposta Reorganizativa da Política e das Práticas em Saúde”, de responsabilidade do pesquisador Adriana Maiarotti Justo.

A presente pesquisa tem por objetivo ampliar o campo de discussões acerca das políticas de corte social, com especial destaque para o processo de formulação da Política Nacional de Humanização. Para tal objetivo serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que estiveram no grupo de condução da formulação da Política Nacional de Humanização.

As entrevistas serão gravadas com o objetivo de melhor transcrição e fidedignidade das informações obtidas. Ressalta-se que os materiais gravados não serão disponibilizados a qualquer tempo para nenhuma outra pessoa ou pesquisa de campo que venha a ser realizada sobre a temática em questão.

Apesar de o grupo de profissionais a ser entrevistado não ser amplo, os trechos transcritos das entrevistas não serão acompanhados da identificação do nome do entrevistado na pesquisa. Por serem os entrevistados profissionais renomados e com importante publicização de produções acadêmicas e científicas no campo estudado, a transcrição de trechos das entrevistas, por seu caráter autoral, poderá deduzir correlações com as produções científicas e acadêmicas já publicizadas pelos próprios entrevistados e/ou com posicionamento de cargos que ocupavam no Ministério da saúde à época da formulação da Política Nacional de Humanização.

A pesquisa apresentará lista que conste os nomes dos entrevistados com suas respectivas posições /cargos no Ministério da saúde à época da formulação da Política Nacional de Humanização, a título de informar os

atores-chave do processo estudado, bem como qualificar o estudo e conferir relevância aos profissionais entrevistados.

Qualquer dúvida sobre a metodologia da pesquisa ou utilização dos dados pode ser obtido através do e-mail adrianamjusto@gmail.com ou pelo telefone: (21) 9979-7937.

A sua participação nessa pesquisa é voluntária, sendo de sua livre escolha a adesão ao estudo, assim, a qualquer tempo sua contribuição pode ser retirada.

Eu, _____, RG nº _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar,
como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de _____
