



HUMANIZA SUS



Formação de Apoiadores para a
Política Nacional de Humanização
da Gestão e da Atenção à Saúde



Ministério
da Saúde



ISEN 857541076-8



9788575410769

LEITURAS COMPLEMENTARES

HumanizaSUS • Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde • LEITURAS COMPLEMENTARES

Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

Governo Federal

Ministro da Saúde

José Azenor da Silva

Secretário de Atenção à Saúde

José Gomes Temporão

Coordenador da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

Adail Rollo

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente

Paulo Marchiori Buss

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Maria do Carmo Leal

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Antônio Ivo de Carvalho

Coordenadora da Escola de Governo em Saúde

Tânia Celeste Nunes

Coordenadora de Educação a Distância

Lúcia Maria Dupret

Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

Coordenação Nacional do Curso

Eduardo Passos (MS)

Regina Benevides (MS)

Lúcia Maria Dupret (ENSP)

Desenho Programático

Consultores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense

Eduardo Passos

Regina Benevides

Claudia Abbès

Helder Muniz

Desenho Pedagógico

PNH

Ana Heckert

Claudia Abbès

Elizabeth Mori

Dario Pasche

Serafim Barbosa Santos Filho

EAD-ENSP

Henriette dos Santos

Sheila Torres Nunes

Suely Guimarães Rocha

Autores

Humanização na saúde: um novo modismo?

*Regina Benevides
Eduardo Passos*

Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?

Gastão Wagner de Sousa Campos

Comentário sobre o texto “Humanização na saúde: um novo modismo?”

Denise Gastaldo

O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade

Suely Ferreira Deslandes

Réplica

*Regina Benevides
Eduardo Passos*

Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos

Serafim Barbosa Santos Filho

Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida

Gastão Wagner de Sousa Campos

© 2006 Ministério da Saúde

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Tiragem 1ª edição – 500 exemplares

Coordenação da produção gráfica

Maria Leonor de Macedo Soares Leal

Direção de arte e projeto gráfico

Jonathas Scott

Editoração eletrônica

Folio Criação

Revisão gramatical e editorial

Rita Godoy

Pré-impressão e impressão

Ediouro Gráfica e Editora

Elaboração, distribuição e informações

Programa de Educação a Distância – EAD/ENSP/FIOCRUZ

Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Prédio Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP 21041-210 – Tel.: (21) 2598-2920

Catlogação na fonte

Centro de Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

P289f Passos, Eduardo (org.)
 Formação de apoiadores para a política nacional de
 humanização da gestão e da atenção à saúde. /
 Organizado por Eduardo Passos e Regina Benevides.
 — Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2006.
 2 v.

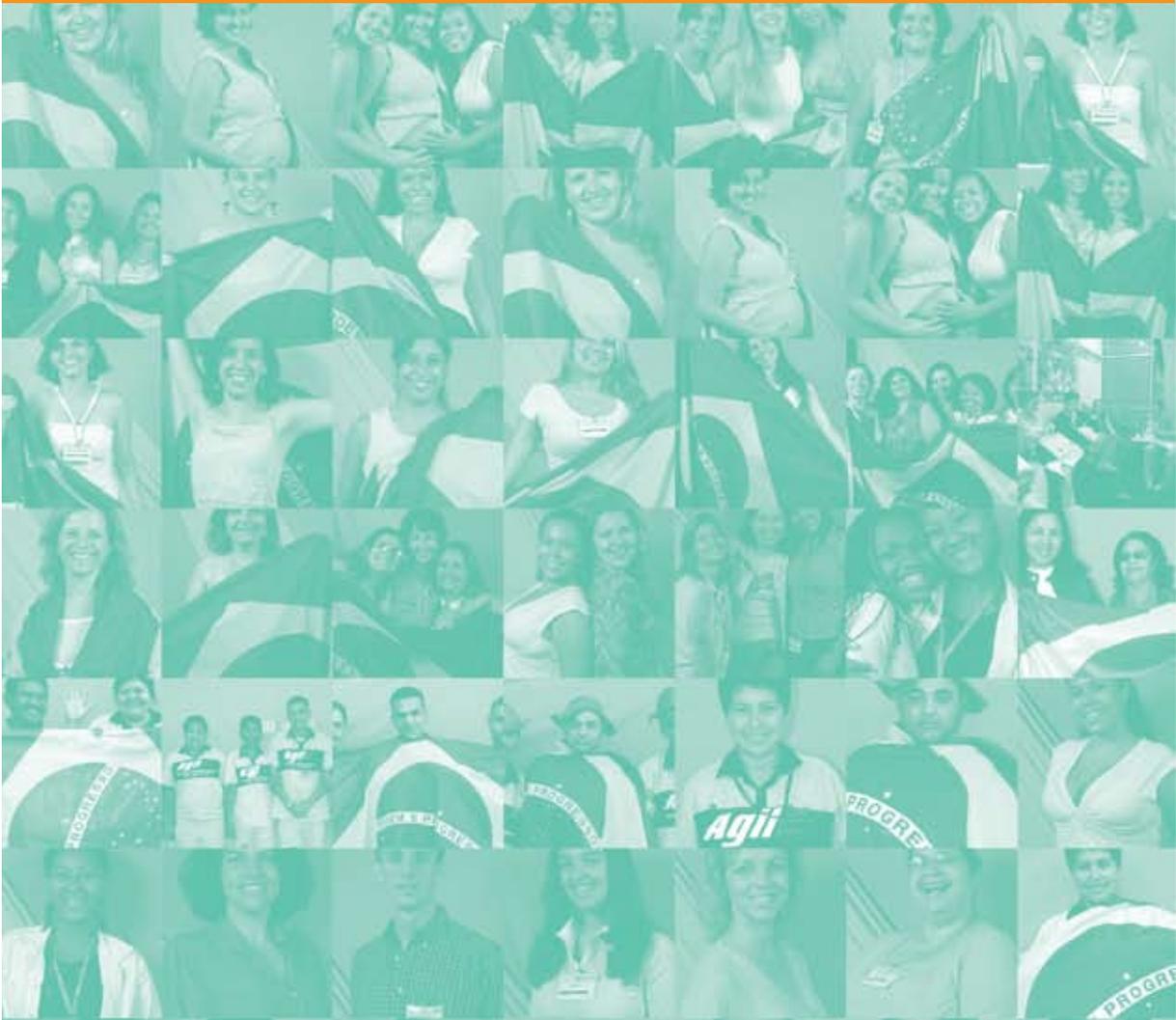
 1.Planejamento em saúde. 2.Qualidade dos
 cuidados de saúde. 3.Humanismo. 4.SUS (BR).
 I.Benevides, Regina (org.). II.Título.

CDD - 20.ed. – 362.10425

Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde



Sumário





Sumário

Apresentação	11
Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS – Documento-Base	13
Humanização na saúde: um novo modismo? Regina Benevides Eduardo Passos	33
Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Gastão Wagner de Sousa Campos	41
Comentário sobre o texto “Humanização na saúde: um novo modismo?” Denise Gastaldo	47
O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade Suely Ferreira Deslandes	53
Réplica Regina Benevides Eduardo Passos	59
Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos Serafim Barbosa Santos Filho	65
Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida Gastão Wagner de Sousa Campos	83

Prezado(a) apoiador(a),

Este livro reúne uma série de oito textos destinados a complementar e aprofundar os estudos das questões/assuntos trabalhados no decorrer deste Curso de Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.

As leituras complementares foram especialmente selecionados para você, tendo em vista os objetivos do Curso e a sua inserção, como trabalhador da saúde, em atividades de gestão, planejamento de serviços de saúde e cuidado. Elas representam uma fonte de informação bastante rica, que possibilitam a ampliação de seus conhecimentos a respeito daquilo que já estudou ou está estudando.

A esses textos você também poderá acrescentar outros e sugerir aos demais colegas de Curso, demonstrando sua capacidade de busca de informação e seu compromisso com a socialização do conhecimento.

Esperamos que o trabalho com este livro seja proveitoso e significativo para a sua participação e desempenho neste Curso, representando uma excelente oportunidade de mobilização, troca e construção de saberes para você, um Apoiador da Política Nacional de Humanização – PNH.

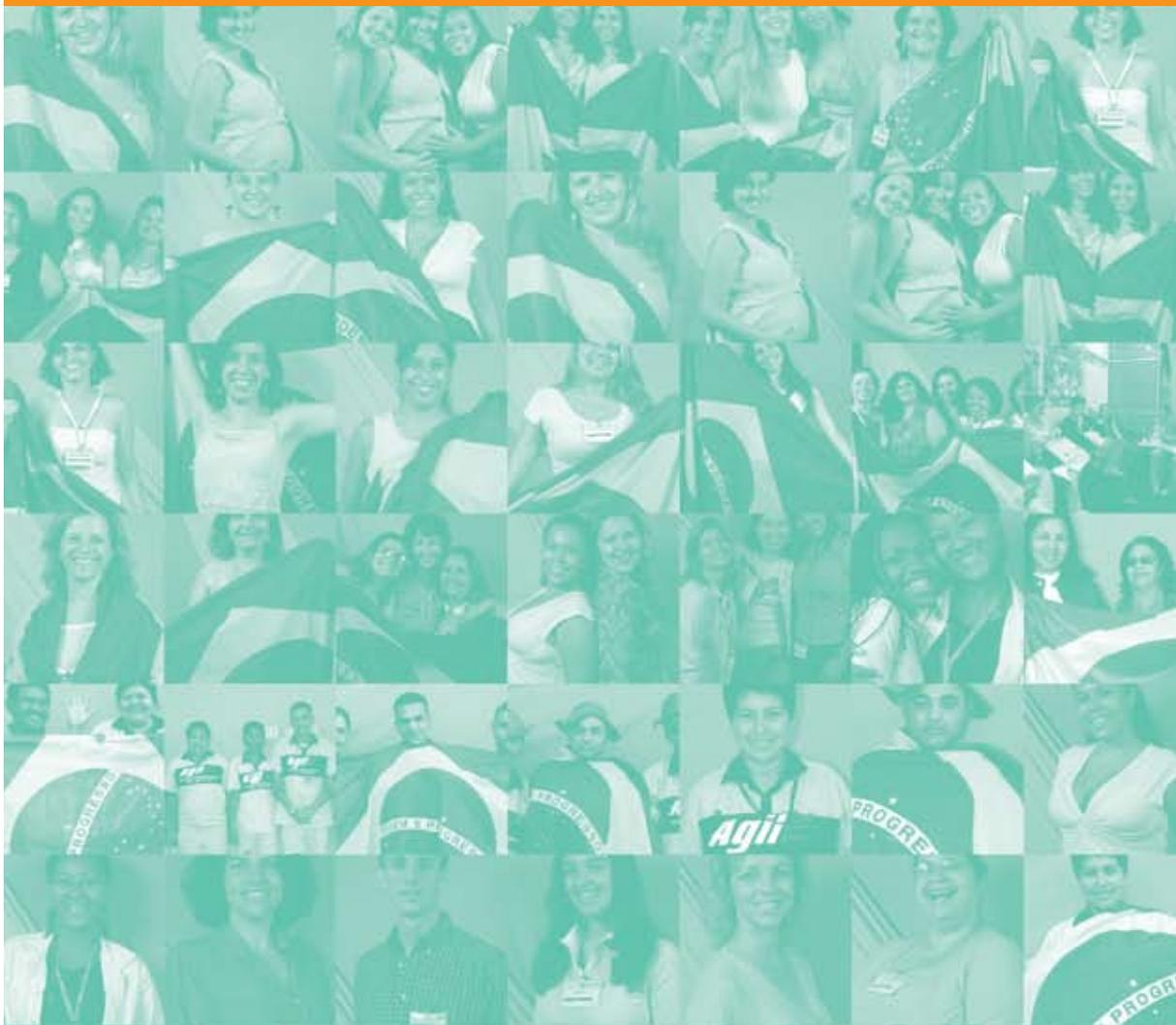
Bom estudo e sucesso!

A Coordenação do Curso

A Equipe de Coordenação Pedagógica



Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS – Documento-Base





Documento-Base

3. ed.

Brasília, 2006.

I. Apresentação

“A saúde é direito de todos e dever do Estado.” Essa é uma conquista do povo brasileiro. Toda conquista é, entretanto, resultado e início de um outro processo. Em 1988, votamos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade.

Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde.

Neste percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas que persistem sem solução, impondo a urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos.

Especialmente num país como o Brasil, com as profundas desigualdades socioeconômicas que ainda o caracterizam, o acesso aos serviços e aos bens de saúde com conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades de cada usuário permanece com várias lacunas.

A esse quadro acrescentem-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, expressiva precarização das relações de trabalho, baixo investimento num processo de educação permanente desses trabalhadores, pouca participação na gestão dos serviços e frágil vínculo com os usuários.

Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho.

O cenário indica, então, a necessidade de mudanças. Mudanças no modelo de atenção que não se farão sem mudanças no modelo de gestão.

Queremos um SUS com essas mudanças. Para isso, estamos implementando a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – “HumanizaSUS”.

Por Humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no

processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão.

Queremos um SUS humanizado. Entendemos que essa tarefa convoca-nos a todos: gestores, trabalhadores e usuários.

Queremos um SUS em todas as suas instâncias, programas e projetos comprometido com a humanização.

Queremos um SUS fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

Enfim, queremos um SUS de todos e para todos. Queremos um SUS humanizado!

Este documento é produto da contribuição de muitos que têm se envolvido na proposição e implementação da Política Nacional de Humanização.

O Ministério da Saúde entende que tem a responsabilidade de ampliar esse debate, de sensibilizar outros segmentos e, principalmente, de tomar a Humanização como um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde.

II. Marco teórico-político

Avanços e desafios do SUS

O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS atualmente ainda enfrenta uma série de problemas, destacando-se:

- Fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- Fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- Precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- Sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- Baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;
- Poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Desrespeito aos direitos dos usuários;
- Formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- Controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;

- Modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

A Humanização como política transversal na rede SUS

A Humanização vista não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Assim, entendemos Humanização como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

Para isso, a Humanização do SUS operacionaliza-se com:

- A construção de diferentes espaços de encontros entre sujeitos;
- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com atuação transdisciplinar;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal),

entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias de gestão e de atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- A construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Princípios norteadores

Destacamos, então, os princípios norteadores da Política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

III. Resultados esperados com a PNH

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral;
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando-se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de intervenção, acompanhamento e cuidados em geral;

- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores e usuários em diferentes momentos (diferentes rodas e encontros);
- Serão implementadas atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

IV. Dispositivos da PNH

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”:

- Acolhimento com classificação de risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos de Construção Coletiva da Ambiência;
- Colegiados de Gestão;
- Contratos de Gestão;
- Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
- Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização.

Observação:

Esses dispositivos encontram-se detalhados em cartilhas, textos, artigos e documentos específicos de referência, disponibilizados nas publicações no *site* da PNH.

V. Estratégias gerais

A implementação da PNH pressupõe vários eixos de ação que objetivam institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

- No eixo das instituições do SUS, pretende-se que a PNH faça parte do Plano Nacional,

dos Planos Estaduais e Municipais dos vários governos, sendo pactuada na agenda de saúde (agenda de compromissos) pelos gestores e pelo Conselho de Saúde correspondente;

- No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional;

- No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de Humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante o compromisso dos gestores com a PNH;

- No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos;

- No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de Educação Permanente e às instituições de formação;

- No eixo da informação/comunicação, indica-se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da PNH no debate da saúde;

- No eixo da gestão da PNH, propõem-se práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseados em seus princípios, diretrizes e metas, dimensionando seus resultados e gerando conhecimento específico na perspectiva da Humanização do SUS.

VI. Alguns parâmetros para orientar a implementação de ações/dispositivos

Para orientar a implementação de ações de Humanização na rede SUS, reafirmam-se os princípios da PNH, direcionados nos seguintes objetivos:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e população, entre trabalhadores e administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;

- Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;

- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial 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 para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;

- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;

- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão;

- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e população, ampliando o compromisso social e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;

- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Básica

- Organização do Acolhimento de modo a promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica e aos demais níveis do sistema, eliminando as filas, organizando o atendimento com base em riscos prioritizados e buscando adequação da capacidade de resolubilidade;

- Abordagem orientada por projetos terapêuticos/de saúde individuais e coletivos, para usuários e comunidade, contemplando ações de diferentes eixos, levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Avançar em perspectivas de:

- exercício de uma clínica ampliada, capaz de aumentar a autonomia dos sujeitos, famílias e comunidade;

- estabelecimento de redes de saúde, incluindo todos os atores e equipamentos sociais de base territorial (e outros), firmando laços comunitários e construindo políticas e intervenções intersetoriais;

- Organização do trabalho, com base em Equipes Multiprofissionais e atuação transdisciplinar, incorporando metodologias de planejamento e gestão participativa, colegiada, e avançando na gestão compartilhada dos cuidados/atenção;

- Implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, com garantia de análise e encaminhamentos a partir dos problemas apresentados;

- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;

- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;

- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para implementação de ações na Urgência e Emergência, nos Prontos-Socorros, Pronto Atendimento, Assistência Pré-Hospitalar e outros

- Demanda acolhida por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantida a referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Especializada

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Parâmetros para implementação de ações na Atenção Hospitalar

Nesse âmbito, propomos dois níveis crescentes (B e A) de padrões para adesão à PNH:

Parâmetros para o Nível B

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;
- Garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;

- Mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional (minimamente com médico e enfermeiro) que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Parâmetros para o Nível A

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho implantado;
- Garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Ouvidoria funcionando;
- Equipe multiprofissional com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e nutricionistas, que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas para as práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Conselho de Gestão Participativa, com funcionamento adequado;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (Pronto Atendimento, Pronto-Socorro, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia);
- Atividades sistemáticas de capacitação, compondo um Projeto de Educação Permanente para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da Humanização/PNH;
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;

- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Observação:

Esses parâmetros devem ser associados à definição de indicadores capazes de refletir as diretrizes, ações e dispositivos do HumanizaSUS. Em outros documentos específicos encontram-se disponibilizados indicadores que podem ser tomados como referência para implementação e monitoramento de ações.

Glossário HumanizaSUS

Acolhimento

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.

Ambiência

Ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde (conf. *Projeto de saúde*) voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura etc. Além disso, é importante na ambiência o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Deve-se destacar os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente.

Apoio matricial ou temático

Nova lógica de produção do processo de trabalho em que um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Apoio institucional

Novo método de exercício da gestão, superando formas tradicionais de se estabelecerem relações e de exercitar as funções gerenciais. Proposta de um modo interativo, pautado no princípio de que a gerência/gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que o acompanhamento/coordenação/condução (apoio) dos serviços/equipes deve propiciar

relações construtivas entre esses sujeitos, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados. “Não se trata de comandar objetos sem experiência ou sem interesses, mas de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários.” Pressupõe a inserção dos sujeitos incorporando suas diferentes experiências, desejos e interesses. Mobiliza para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos. Com esse método renovado de gestão, evitam-se “formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários”.

Avaliação de risco (ou classificação de risco)

Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

Atenção especializada/serviço de assistência especializada

Unidades ambulatoriais de referência, compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, que acompanha os pacientes, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares.

Autonomia

No seu sentido etimológico, significa “produção de suas próprias leis” ou “faculdade de se reger por suas leis próprias”. Em oposição à heteronomia, designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, co-responsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. Um dos valores norteadores da Política Nacional de Humanização é a produção de sujeitos autônomos, protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde.

Clínica ampliada

Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adesão de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Colegiado gestor

Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes, pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

Controle social

Participação popular na formulação de projetos e planos, definição de prioridades, fiscalização e avaliação das ações e serviços, nos diferentes níveis de governo, destacando-se, na área da saúde, as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Diretrizes da PNH

Por diretrizes entende-se as orientações gerais de determinada política. No caso da PNH, suas diretrizes apontam no sentido: 1. da Clínica Ampliada; 2. da Co-gestão; 3. da Valorização do Trabalho; 4. do Acolhimento; 5. da Saúde do Trabalhador; 6. da defesa dos Direitos do Usuário etc.

Dispositivos da PNH

Dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes), mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão: 1. Acolhimento com classificação de risco; 2. Equipes de Referência e de Apoio Matricial; 3. Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; 4. Projetos de Construção Coletiva da Ambiência; 5. Colegiados de Gestão; 6. Contratos de Gestão; 7. Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; 8. Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico; 9. Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; 10. Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde; 11. Grupo de Trabalho de Humanização.

Educação permanente

Aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Eficácia/eficiência (resolubilidade)

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde. A eficácia fala da produção da saúde (conf. *Produção da saúde*) como valor de uso, da qualidade da atenção e da gestão da saúde. A eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

Equidade

No vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a idéia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

Equipe de referência/equipe multiprofissional

Grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe). Está inserido, num sentido vertical, em uma matriz organizacional. Em hospitais, por exemplo, a clientela internada tem sua equipe básica de referência, e especialistas e outros profissionais organizam uma rede de serviços matriciais de apoio (conf. *Apoio matricial*) às equipes de referência. Estas, ao invés de serem um espaço episódico de integração horizontal, passam a ser a estrutura permanente e nuclear dos serviços de saúde.

Familiar participante

Representante da rede social do usuário que garante a integração da rede social/familiar e equipe profissional dos serviços de saúde na elaboração de projetos de saúde.

Gestão participativa

Construção de espaços coletivos em que é feita a análise das informações e a tomada das decisões. Nestes espaços estão incluídos a sociedade civil, o usuário e os seus familiares, os trabalhadores e gestores dos serviços de saúde.

Grupalidade

Experiência que não se reduz a um conjunto de indivíduos nem tampouco pode ser tomada como uma unidade ou identidade imutável. É um coletivo ou uma multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (conf. *Produção de saúde/Produção de subjetividade*).

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH (conf. *Humanização/Política Nacional de Humanização*); pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade (conf. *Transversalidade*) e a grupalidade (conf. *Grupalidade*); propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida.

Humanização/Política Nacional de Humanização (PNH)

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

Igualdade

Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira, o acesso às ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

Integralidade

Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência) até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Intersetorialidade

Integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo *inter* e não do *trans* é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação.

Núcleo de saber

Demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dá mediante a conformação de núcleos que são mutantes e se interinfluenciam na composição de um campo de saber dinâmico. No núcleo há aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar.

Ouvidoria

Serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais.

Princípios da PNH

Por princípio entende-se o que causa ou força determinada ação ou o que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A PNH, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui dois princípios a partir dos quais se

desdobra enquanto política pública de saúde: 1. a inseparabilidade entre clínica e política, o que impõe a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; 2. a transversalidade enquanto aumento do grau de abertura comunicacional intra e intergrupos, isto é, a ampliação da grupalidade ou das formas de conexão intra e intergrupos promovendo mudanças nas práticas de saúde.

Produção de saúde e produção de subjetividade

Em uma democracia institucional, diz respeito à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. Neste sentido, a produção das condições de uma vida saudável não pode ser pensada sem a implicação, neste processo, de sujeitos.

Projeto de saúde

Projetos voltados para os sujeitos, individualmente, ou comunidades, contemplando ações de diferentes eixos, e levando em conta as necessidades/demandas de saúde. Comportam planos de ação assentados na avaliação das condições biopsicossociais dos usuários. A sua construção deve incluir a co-responsabilidade de usuário, gestor e trabalhador/equipes de saúde, e devem ser considerados: a perspectiva de ações intersetoriais (conf. *Intersetorialidade*), a rede social de que o usuário faz parte (conf. *Rede psicossocial*), o vínculo usuário-equipamento de saúde (conf. *Vínculo*) e a avaliação de risco/vulnerabilidade (conf. *Avaliação de risco*).

Protagonismo

É a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupa lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde (conf. *Produção de saúde e Produção de subjetividade*), diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde.

Reabilitar-Reabilitação/Habilitar-Habilitação

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O *re* constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca, no plano do processo saúde/doença, é se é possível voltar atrás, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências e sempre muda; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal preexistente e, por algum motivo, perdida; nestes casos o *re* se aplica.

Rede psicossocial

Esquemáticamente, todos os sujeitos atuam em três cenários, a família, o trabalho e o

consumo, onde se desenrolam as suas histórias com seus elementos, afetos, dinheiro, poderes e símbolos, cada qual com sua força e onde somos mais ou menos hábeis, mais ou menos habilitados, formando uma rede psicossocial.

Esta rede é caracterizada pela participação ativa e criativa de uma série de atores, saberes e instituições, voltados para o enfrentamento de problemas que nascem ou se expressam numa dimensão humana de fronteira, aquele que articula a representação subjetiva com a prática objetiva dos indivíduos em sociedade.

Sistema de referência e contra-referência, apontando para redes de atenção em saúde

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, intequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Sujeito/subjetividade

Identidade pessoal resultado de um processo de produção de subjetividade (conf. *Produção de saúde e Produção de subjetividade*) sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores: familiares, políticos, econômicos, ambientais, midiáticos etc.

Transversalidade

Nas experiências coletivas ou de grupalidade (conf. *Grupalidade*), diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos, inclusive no interior do próprio grupo, indicando um grau de abertura à alteridade e, portanto, o fomento de processos de diferenciação dos grupos e das subjetividades. Em um serviço de saúde, pode se dar pelo aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos. A idéia de comunicação transversal em um grupo deve ser entendida não a partir do esquema bilateral emissor-receptor, mas como uma dinâmica multivetorializada, em rede e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade (conf. *Produção de saúde e Produção de subjetividade*).

Universalidade

A Constituição brasileira institui o princípio da universalidade da cobertura e do atendimento para determinar a dimensão do dever estatal no campo da saúde, de sorte a compreender o atendimento a brasileiros e a estrangeiros que estejam no país, aos nascituros e aos nascidos, crianças, jovens e velhos. A universalidade constitucional compreende, portanto, a cobertura, o atendimento e o acesso ao sistema único de saúde, expressando que o Estado tem o dever de prestar atendimento nos grandes e pequenos centros urbanos e também às populações isoladas geopoliticamente, os ribeirinhos, os indígenas, as minorias,

os prisioneiros, os excluídos sociais. Os programas, as ações e os serviços de saúde devem ser concebidos para propiciar cobertura e atendimento universais, de modo equitativo (conf. *Equidade*) e integral (conf. *Integralidade*).

Usuário, cliente, paciente

Cliente é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

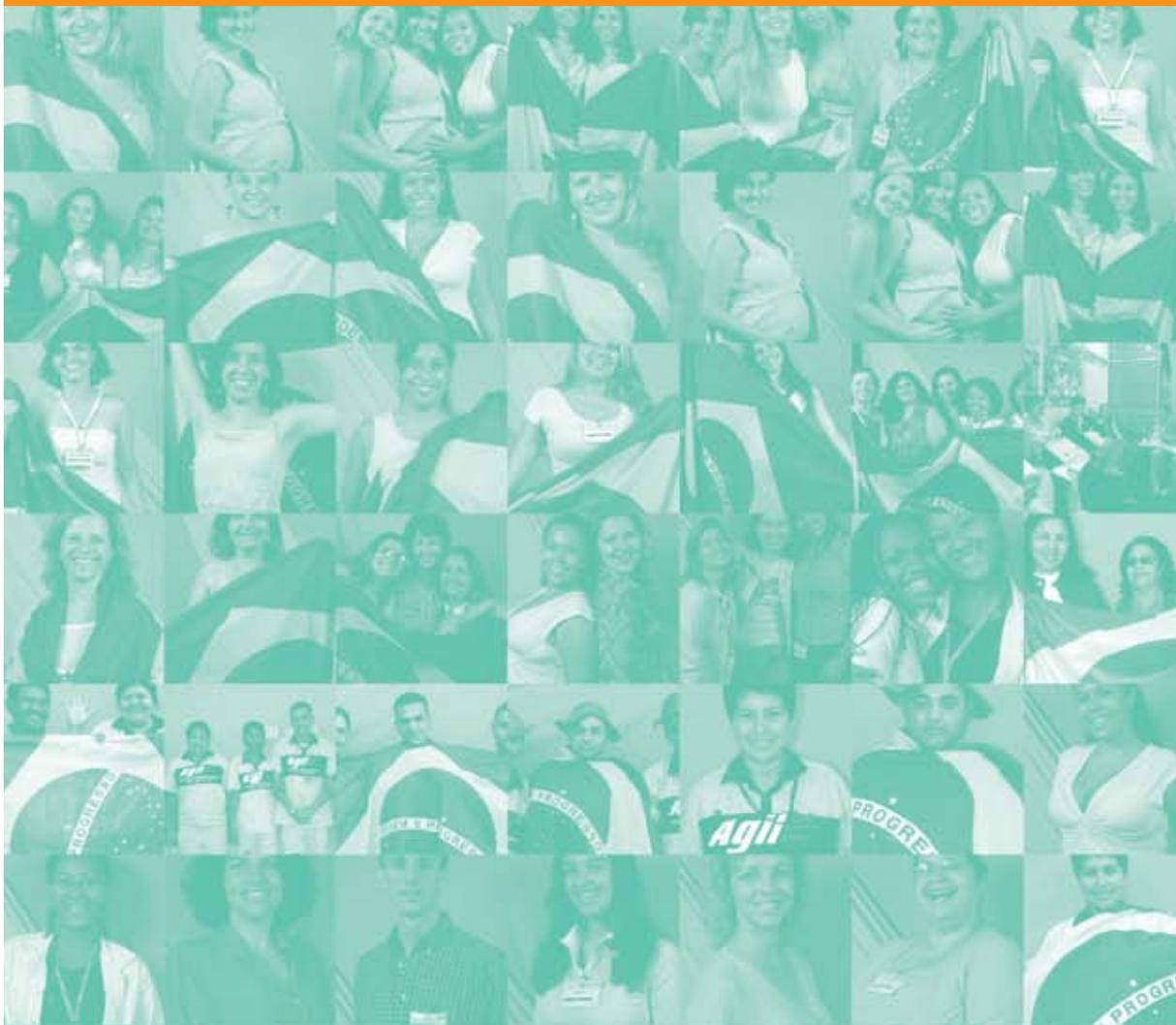
Na rede psicossocial (conf. *Rede psicossocial*), compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Visita aberta e direito de acompanhante

É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente.



Humanização na saúde: um novo modismo?





BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

Humanização na saúde: um novo modismo?

Regina Benevides – Prof^a. Depto. de Psicologia da UFF

Eduardo Passos – Prof. Depto. de Psicologia da UFF

Acompanhamos o debate em torno do tema da humanização no campo da saúde, impulsionado recentemente pela construção da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na saúde (PNH), com a qual estivemos implicados em 2003 e 2004 na posição de integrantes da equipe da Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde (MS).

Ainda que timidamente, este tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde, CNS (2000), que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador. Tais iniciativas encontravam um cenário ambíguo em que a humanização era reivindicada pelos usuários e alguns trabalhadores e, no mínimo, secundarizada (quando não banalizada) pela maioria dos gestores e dos profissionais. Os discursos apontavam para a urgência de se encontrarem outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS. A fala era de esgotamento. De fato, cada posição neste debate se sustenta com as suas razões. Por um lado, os usuários por reivindicarem o que é de direito: atenção com acolhimento e de modo resolutivo; os profissionais, por lutarem por melhores condições de trabalho. Por outro lado, os críticos às propostas humanizantes no campo da saúde denunciavam que as iniciativas em curso se reduziam, grande parte das vezes, a alterações que não chegavam efetivamente a colocar em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos. Vale destacar que entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e Programas foram propostos pelo Ministério da Saúde voltados para o que também ali ia se definindo como campo da humanização contornado pelo debate sobre busca da qualidade na atenção ao usuário. Apenas para citar alguns, destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros. Ainda que a palavra humanização não apareça em todos os Programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos

acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização-qualidade na atenção-satisfação do usuário.

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico.

Desafio conceitual

Não podemos retomar o conceito de humanização sem considerar o cenário no qual ele vem ganhando destaque crescente em Programas no campo da saúde pública. Tal concentração temática indica o que poderíamos chamar de um modismo que, enquanto tal, padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática. Neste sentido, é possível afirmar que a humanização ganha, no início dos anos 2000, um aspecto de conceito-sintoma.

Estamos chamando de conceito-sintoma a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado. É como tal que o tema da humanização se reproduziu em seus sentidos mais estabilizados ou instituídos, perdendo, assim, o movimento pela mudança das práticas de saúde do qual esta noção adveio, movimento que se confunde com o próprio processo de criação do SUS nos anos 1970 e 1980. Sabemos, por outro lado, que a luta pela humanização das práticas de saúde já estava colocada na pauta do movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher (Carnot, 2005; Costa, 2004; Vieira, 2002; Almeida, 1984). Dos anos 1960 aos 1980, podemos, então, acompanhar o movimento instituinte pela mudança das práticas de saúde. Este movimento chega aos anos 2000, encontrando ou se chocando com o que, paradoxalmente, dele resulta: formas instituídas, marcas ou imagens vazias, *slogans* já sem a força do movimento instituinte. É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos Serviços”.

Apontar este caráter sintomático do conceito de humanização impõe que, ao mesmo tempo, identifiquemos o que aí se paralisa, mas também aquilo que insiste como índice de um movimento que não se esgota, sua face positiva. Colocar em análise o conceito-sintoma é permitir a retomada de um processo pelo qual se faz a crítica ao que se instituiu nas práticas de saúde como o “bom humano”, figura ideal que regularia as experiências concretas.

A necessidade de re colocação do problema da humanização obriga-nos, então, a forçar os limites do conceito resistindo a seu sentido instituído. Contra uma idealização do humano, o desafio posto é o de redefinir o conceito de humanização a partir de um “reencantamento do concreto” (Varela, 2003) ou do “SUS que dá certo”. Esta crítica ao Homem como figura-ideal desencarnada e ao seu sobrevôo regulatório, longe de abandonar todo e qualquer princípio de orientação, coloca em questão as práticas normalizadoras, apostando, em contraste, na “normatividade” do vivo como capacidade menos de seguir do que de criar normas (Canguilhem, 1978). É neste sentido que a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição da população em torno

de um ponto de concentração normal (moda). O que queremos defender é que o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta.

Partir das existências concretas é ter que considerar o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Tal desidealização do Homem (Benevides & Passos, 2005) dá como direção o necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde. Assim, redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.

Mas a redefinição do conceito de humanização deve ganhar outra amplitude quando estamos implicados na construção de políticas públicas de saúde. Afinal, de que nos serve este esforço conceitual se isso não resultar em alteração nas práticas concretas dos Serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e na melhora das condições de trabalho dos profissionais de saúde? Neste sentido, impõe-se um outro desafio, o da alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde.

Desafio metodológico

Quando falamos de modos de fazer, estamos às voltas com o processo de construção de uma política pública que não pode se manter apenas como propostas, Programas, portarias ministeriais. Da política de governo à política pública não há uma passagem fácil e garantida. Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos Serviços de saúde (Benevides & Passos, 2005). Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Os termos postos aqui em contraste não podem ser entendidos como opostos, mas ligados numa relação de pressuposição recíproca. Se teoria e prática se distinguem, mas não se separam, somos levados, então, a inverter uma afirmação do senso comum de que conhecemos, teorizamos, definimos conceitos para em seguida aplicá-los a uma realidade. Seguindo a indicação institucionalista (Lourau et al., 1977a; 1977b), é preciso transformar a realidade para conhecê-la. E de que realidade estamos falando? Aquela das práticas de saúde e, mais especificamente, das práticas de construção de políticas de saúde com que estamos envolvidos ao afirmar a importância do debate em torno da humanização.

Transformar os modos de construir as políticas públicas de saúde impõe o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas. Entretanto, fazer este movimento de mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática nas práticas de saúde e de compartimentalização/individualização taylorista dos processos de trabalho sempre poderá incorrer no risco da defesa de um sentido de humanização tão amplo que acabaria por se confundir com o que é princípio do SUS. Tal perigo é apontado por críticos da humanização que a entendem como apenas repetindo o princípio da integralidade. De fato, o princípio da integralidade é um anseio que o SUS elege como uma das direções-norte

do sistema de saúde. Assim, não caberia mesmo pensar numa “política da integralidade” como afirma Ruben Mattos em entrevista à RET-SUS (Fiocruz, 2005). Uma política não pode se confundir com um princípio, e a humanização como política pública de saúde deve estar efetivando, no concreto das práticas de saúde, os diferentes princípios do SUS. Uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade.

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política, é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-las em sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência à compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências. Daí a difícil questão: qual o sentido de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do SUS, o que a tornaria ampla e genérica, nem abstrata porque fora das singularidades da experiência, nem que aceite a compartimentalização, mas que se afirme como política comum e concreta nas práticas de saúde?

O SUS é uma conquista que se expressa, sem dúvida, como proposição geral e abstrata na forma do texto da lei, das portarias e normativas. No entanto, o projeto ele mesmo do SUS não pode suportar uma existência descolada do plano das experiências concretas no qual o movimento instituinte da Reforma Sanitária fez valer a aposta em mudanças nas práticas de saúde. É a idéia de “único”, encontrada no SUS, que indica o tipo de projeto e, sobretudo, a forma de sua implantação no *socius*. Um sistema de saúde para ser único precisa implantar-se como um plano comum que conecta diferentes atores no processo de produção de saúde. É neste sentido que os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde.

Mas como garantir esta implantação? Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos, o que faz da humanização um catalisador dos movimentos instituintes que insistem no SUS.

Devemos, ainda, desdobrar a pergunta anterior argüindo o que estamos designando como processos de mudança subjetiva. Como realizar estas mudanças? A humanização enquanto política de saúde se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade. Tais direções indicam o “como fazer” desta política que se concretiza como “tecnologias relacionais”. É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas.

Mudamos as relações no campo da saúde quando, de um lado, experimentamos a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e de gestão do cuidado. Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num Serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento

nos Serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de co-responsabilização, de co-gestão, de grupalização (Campos, 2000).

De outro lado, não há como mudar as formas de relacionamento nas práticas de saúde sem que aumentemos os graus de comunicação, de conectividade e de intercessão (Deleuze, 1992) intra e intergrupos nos Serviços e nas outras esferas do sistema. Chamamos de transversalidade (Guattari, 1981) 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 dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo, assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal.

Na qualificação do SUS, a humanização não pode ser entendida como apenas mais um Programa a ser aplicado aos diversos Serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS. 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 metas a serem alcançadas independentes de sua resolutividade e qualidade.

Com isto, estamos nos referindo à necessidade de adotar a humanização como política transversal que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos Serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS. A humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde, fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos (Passos & Benevides, 2004). Mas, sua afirmação como política transversal deve garantir o caráter questionador das verticalidades pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados.

O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, a tarefa se apresenta dupla e inequívoca: produção de saúde e produção de sujeitos. Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede, criando e/ou fortalecendo mecanismos de coletivização e pactuação sempre orientados pelo direito à saúde que o SUS na constituição brasileira consolidou como conquista. É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão.

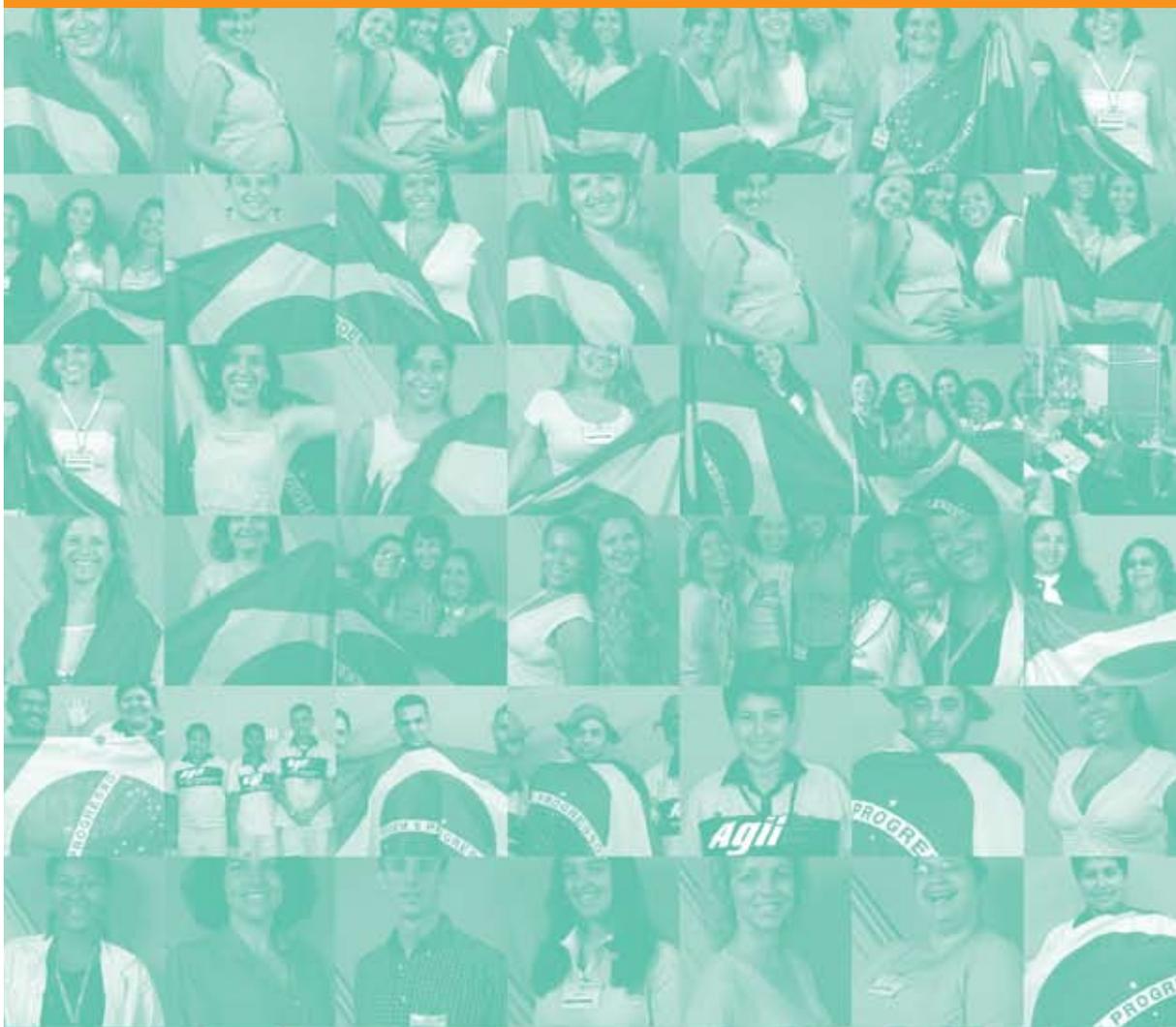
Se partimos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum.

Referências

- ALMEIDA, M. F. Planejamento familiar: seis razões para ser contra. *Saúde em debate*, n. 15/16, 1984.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2005. (no prelo).
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARNOT, E. Humanização e políticas de saúde: um estudo sobre os usos e sentidos das propostas de humanização nas políticas de atenção à saúde da mulher. 2005. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- COSTA, A. M. Atenção integral à saúde das mulheres: *quo vadis?* uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília.
- DELEUZE, G. Os intercessores. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 151-168.
- FIOCRUZ. Humanização da saúde: o homem como "medida de todas as coisas". *Revista RET-SUS*, v. 1, n. 6, p. 4-7, 2005.
- GUATTARI, F. Transversalidade. In: GUATTARI, F. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1981, p. 88-105.
- LOURAU, R.; LAPASSADE, G.; HESS, R.; SAVOYE, A.; GAVARINI, L.; VILLE, P.; BRUCE, P.; COSSON, P. G.; EVRARD, P. *Análisis institucional y socioanálisis*. México: Editorial Nueva Imagen, 1977a.
- LOURAU, R.; LAPASSADE, G.; AUTHIER, M.; SAVOYE, A.; HESS, R.; GUIGOU, J.; BOTERF, G.; GUATTARI, F.; BERNARD, M.; LOBROT, M. *El análisis institucional*. Madri: Campo Abierto, 1977b.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, n. 19-20, p. 159-171, 2004.
- VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 33-52.
- VIEIRA, E. M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.



Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?





CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?

Gastão Wagner de Sousa Campos – Prof. Depto. de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

A professora Regina Benevides, o professor Eduardo Passos e eu temos uma história de colaboração acadêmica e política bastante produtiva. Assim, debater o artigo *Humanização na saúde: um novo modismo?* é somente mais uma etapa de um longo diálogo que viemos entabulando nos últimos dez anos.

Parto da constatação por eles apresentada de que os princípios gerais ou as diretrizes genéricas de uma política, inclusive no caso do SUS, devem ser examinados em sua concretude, ou seja, articulados com a descrição dos modos como poderiam ser levados à prática. Assim, partindo do princípio da Integralidade ou da Humanização, podem ser armadas políticas amplas ou restritivas e projetos reformistas ou medíocres. A discussão de princípios abstratos termina, freqüentemente, em declarações fundamentalistas e em embates puramente ideológicos. Um valor apresentado em confronto a outros. Por outro lado, princípios e diretrizes são importantes para compor imaginários utópicos e indicar novos rumos e objetivos para as políticas. Neste sentido, o debate sobre Humanização deve contemplar estas duas dimensões: sua capacidade de produzir novas utopias e também interferir na prática realmente existente nos sistemas de saúde.

Os autores apresentam a humanização como um “conceito-sintoma” que, em determinadas circunstâncias, poderia se transformar em um “conceito-experiência”. Sintoma de quê, caberia perguntar? A moda da Humanização seria apenas um movimento demagógico tendente a simplificar conflitos e problemas estruturais do SUS? Ou refletiria uma tendência real do sistema de saúde para desvalorizar o ser humano. Provavelmente as duas coisas vêm acontecendo. Sem dúvida, há um processo de burocratização e, em muitos casos, até mesmo de embrutecimento das relações interpessoais no SUS, quer sejam relações entre profissionais, quer seja destes com os usuários. Há evidências dessa degradação tanto em episódios como o da crise da atenção hospitalar no Rio de Janeiro quanto em pesquisas que indicam modos de funcionamento dos serviços com baixo grau de envolvimento das equipes em sua tarefa primária, que é produzir saúde. A essa constatação muitos têm apostado o diagnóstico genérico de serviços desumanizados. Daí, para explicações simplistas há um caminho aberto: a receita seria a catequese ou a sensibilização dos trabalhadores de saúde para que adotassem posturas e comportamentos “cuidadores” – mais um neologismo inventado como saída mágica para um contexto complexo.

Cada um destes conceitos-diretrizes tem uma potencialidade implícita em seu modo de produção. Integralidade nos remete para o mundo dos sistemas de saúde, integração de saberes e de técnicas. Ainda que possa abrigar qualquer outra discussão, já que integral

significa “total, inteiro e global”; ou seja, o mundo, o universo e suas cercanias. Humanização carrega esta mesma ambigüidade. Deverão, portanto, ser discutidos, acoplados aos projetos concretos elaborados em seu santo nome. De qualquer modo, me sinto atraído pela utilização do conceito-síntese Humanização. Isto porque ele fala diretamente sobre os seres humanos e me parece que um dos grandes problemas da lógica dominante contemporânea é o esquecimento das pessoas. Políticas econômicas têm sido avaliadas de acordo com sua capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida das pessoas. A ordenação do espaço urbano há muito deixou de lado a preocupação com o bem-estar das pessoas. Em saúde é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública. O humano diz respeito ao sujeito e à centralidade da vida humana.

A Humanização tem relação estreita com dois outros conceitos muito fortes em meu percurso como pesquisador e sanitarista: o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida é um ótimo critério para orientar a avaliação de políticas públicas. É também um objetivo permanente, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde. O conceito Paidéia é ainda mais radical, porque nos empurra a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles doentes, cidadãos ou trabalhadores de saúde. Sempre que falo em Humanização estou colando nesta palavra-valor o tema de defesa da vida e o de Paidéia.

Rosana Onocko no artigo *Humano demasiado humano: uma abordagem do mal-estar na instituição hospitalar* criticou o viés antropomórfico presente quando denominamos a injustiça, a exploração, o mal e a perversidade como sendo atributos desumanos. A desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores (Onocko Campos, 2004). Afinal as estruturas sociais são também produto humano e, em tese, poderiam ser refeitas mediante trabalho e esforço humano. Há de fato um paradoxo nessa caracterização. De qualquer modo, tende-se a qualificar de desumanas relações sociais em que há um grande desequilíbrio de poder, e o lado poderoso se aproveita desta vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o à situação de objeto que poderia ser manipulado em função de interesses e desejos do dominante. Partindo deste pressuposto, não há como haver projeto de Humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições. No SUS a Humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, de sua extensão para cada distrito, serviço e para as relações cotidianas. Envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do doente ou da população em geral frente ao poder e à autoridade do saber e das práticas sanitárias. Valorizar a presença de acompanhantes nos processos de tratamento, bem como modificar as regras de funcionamento de hospitais e outros serviços também em função de direitos dos usuários. Mecanismos preventivos e que dificultem o abuso de poder são essenciais à Humanização. A predominância de saídas jurídicas, *pos factum*, é um sintoma da perversidade de instituições e das normas vigentes.

A Humanização, considerando-a nesta perspectiva, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. A humanização da clínica e da saúde pública depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos modos de operar decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários,

não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

A Humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para mudança. Na realidade, a construção de organizações que estimulem os operadores a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos com os quais se deve compor, é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência.

A Humanização poderá abarcar um projeto com este teor. Ou não. De qualquer modo, é um conceito que tem um potencial para se opor à tendência cada vez mais competitiva e violenta da organização social contemporânea. A Humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência.

Como diria o Luiz Odorico, a Humanização produz uma “tensão paradigmática” (Andrade, 2004) entre a frieza da racionalidade economicista ou administrativa ou mesmo do pragmatismo político com a preocupação em organizar-se um mundo para a humanidade. Quando se fala muito em humanização, fica mais difícil esquecer-se da lógica em defesa da vida. Ainda que seja sempre possível.

A Humanização como conceito-experiência. Este é o desafio, este é o caminho para construção de sentido e de significado para políticas de Humanização, assim nos ensinaram Regina e Eduardo.

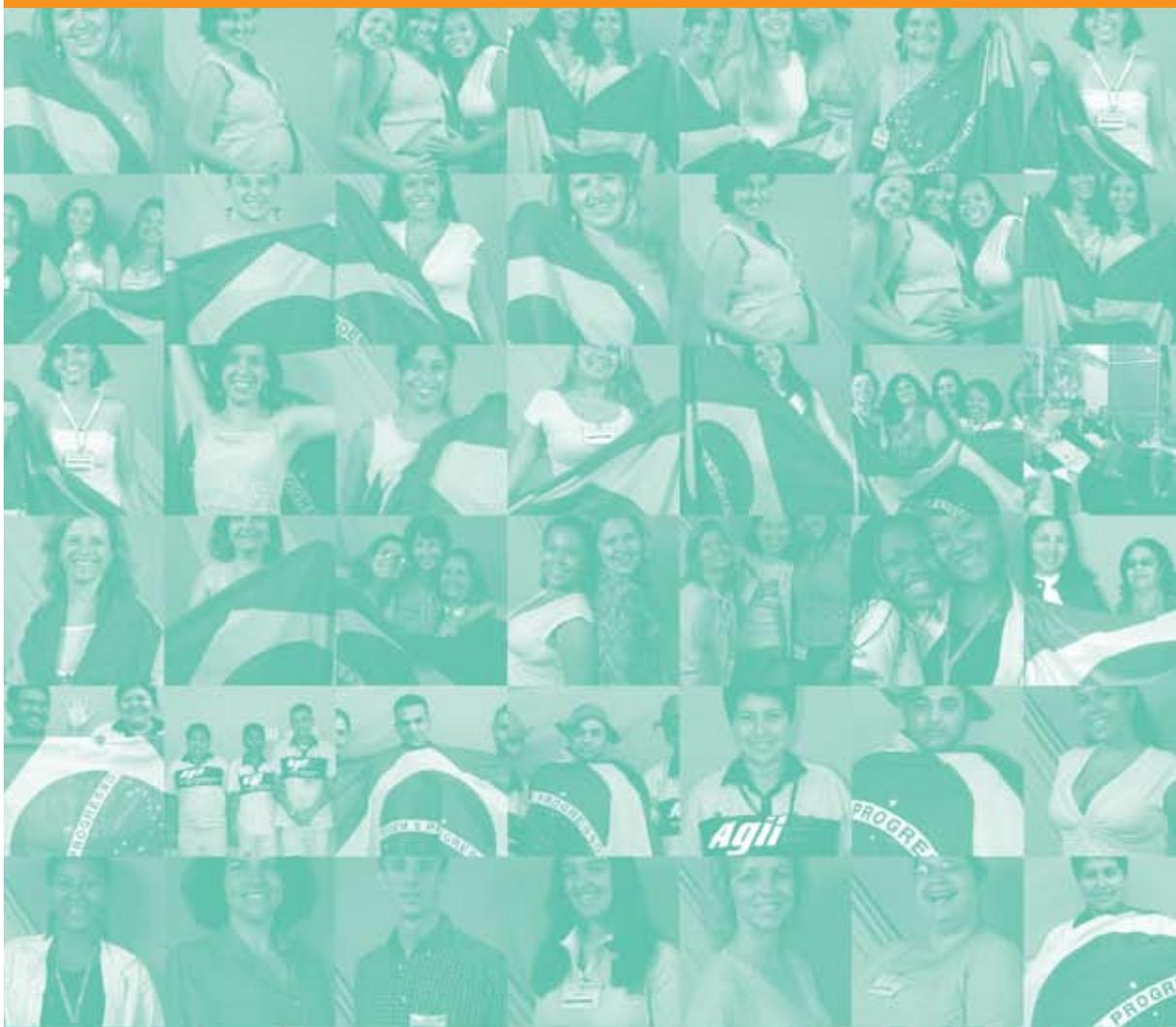
Referências

ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.). *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p. 103-121.

ANDRADE, L. O. O dilema da intersectorialidade: um estudo de caso, Fortaleza e Curitiba. 2004. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.



Comentário sobre o texto “Humanização na saúde: um novo modismo?”





GESTALDO, D. Comentário sobre o texto “Humanização na saúde: um novo modismo?” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 395-397, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

Comentário sobre o texto “Humanização na saúde: um novo modismo?”

Denise Gestaldo – Associate Professor Faculty of Nursing and Department of Public Health Science, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada.

Este comentário apresenta as reflexões que a leitura do texto de Regina Benevides e Eduardo Passos me suscitaram. Escrevo uma quase-resposta, acrescentando algumas novas idéias a questões que para mim ficaram pendentes, numa tentativa de diálogo. Após descrever como leio o texto dos autores, passarei às três questões que considero importantes discutir: 1. a relatividade e diversidade na humanização como problemáticas; 2. a tensão entre o individual e o coletivo no processo de mudança social; e 3. a produção de humanização como prática numa sociedade fortemente desumanizada.

Benevides e Passos mostram-se críticos da rigidez de conceitos, como o conceito-sintoma de humanização porque “paralisa e reproduz um sentido já dado” e está fragmentado na prática por programas, níveis de atenção e profissões, entre outros. Esta forma de pensar conduz a uma crítica da normalização, pois não captura a singularidade de nenhum indivíduo em particular, e da tendência de se idealizarem aspectos de nossa humanidade, enquanto o que é criativo, reciclado ou marginal freqüentemente é rechaçado pelo sistema. Ao apostar na diversidade normativa e numa reflexão que contemple vários coletivos, os autores crêem que as pessoas se transformariam ao participar de estratégias de mudança social. No que tange à humanização como política pública, sugerem que é necessário superar abstrações para que a política chegue aos atores sociais e estes experimentem formas de se relacionar em co-gestão com o sistema, no qual a produção de saúde seja também produtora de subjetividades.

Minha primeira reação ao texto foi pensar que o pedido de diversidade e valorização da diferença não combinava com o vocábulo “Homem” para descrever os seres humanos de ambos os sexos e distintas orientações sexuais. Pessoalmente, não percebo a humanidade em sua diversidade na palavra homem, seja ela com maiúscula ou minúscula. A seguir, numa reflexão um pouco mais detida, percebi que minha reação ao texto era de incredulidade nas propostas de humanização ali levantadas por sua relatividade, pela ausência de uma descrição explícita dos valores e tipos de subjetividades desejados pela política de humanização, um problema freqüente em textos de orientação pós-estruturalista e pós-moderna. Reconheço que os autores apontam para a co-gestão, trocas solidárias e comprometidas, mas estes são valores de processo mais do que efeitos desejados. Ou seja, é preciso humanizar porque o sistema é considerado hoje, por alguns – entre eles os formuladores da política –, como desumano, inadequado, ineficiente etc. Neste contexto, não estamos falando de produção de subjetividades em geral, mas de alguns tipos de subjetividade e, assim, o processo de humanizar-se não é menos prescritivo que qualquer outro, mesmo quando explicita a diversidade como valor que deve orientar o processo de humanizar-se.

A criação de subjetividades ocorre hoje nas práticas do cotidiano do SUS e este processo, de subjetividades criadas e recriadas, gera grande parte da resistência ao que se propõe como humanização. Infelizmente, receio que se fizéssemos prevalecer o pensamento dos(as) profissionais que trabalham para o SUS hoje, além de uma óbvia diversidade de opiniões, talvez nos deparássemos com muitos que pensam que sistema público é “assim mesmo”, que com as atuais condições de trabalho e os limites educacionais e financeiros da população “a gente faz o que pode”. Esta é uma subjetividade, a de vítima do sistema ou da situação. Outra é a subjetivação de privilégios, na qual alguns médicos se percebem menos responsáveis por cumprir horário que outros profissionais, pois eles “precisam” ter um melhor salário. Ou seja, o SUS, desde sua criação, colabora na produção de formas de pensar e praticar cuidados e tratamentos de doenças e, neste processo, se produzem subjetividades individuais que têm muitas características compartilhadas no coletivo.

Uma outra lacuna no texto, também derivada de seu relativismo, é a ausência de referências a conflitos e sistemas de privilégios. Suponho que o atendimento desumanizado seja benéfico para alguns, pois se a desumanidade na atenção fosse ruim para todas as pessoas envolvidas, já teríamos presenciado mudanças mais abrangentes. Além disso, o discurso da valorização da diferença tem, à primeira vista, um caráter imobilizador, se não for mediado por valores explícitos. Como se deve respeitar todas as diferenças (inclusive as que desumanizam o sistema) e estas apontam para caminhos distintos na implementação de programas e práticas, na microfísica das relações de poder do cotidiano torna-se difícil justificar uma forma de atuação sobre outra, como, por exemplo: valorizar o horário que é mais conveniente à população que aos trabalhadores.

Esta crítica não se deve ao fato de que eu ignore os objetivos e valores claramente definidos para o SUS, os quais servem de marco para o desenvolvimeto da política de humanização. Também entendo que no cotidiano dos serviços a tradução de princípios como universalidade ou integralidade necessitam do que os autores descreveram como políticas transversais que ajudem a concretização de práticas humanizadas. No entanto, humanizar é explicitar agendas e conflitos. Por exemplo, na gestão de diferenças de gênero, como trabalhar o acolhimento e o suporte emocional se não nos referimos ao papel social que está atrelado às mulheres nesta área porque vivemos numa sociedade com marcados valores patriarcais? Ou, como responder a questões de desigualdade de gênero vivenciadas pelas clientes se estas também permeiam as relações de trabalho, talvez de formas mais sutis?

Os exemplos que utilizei até o momento remetem a meu segundo ponto. Um dos possíveis resultados de um processo coletivo de busca de humanização nos serviços pode ser uma ruptura nas relações da equipe, pois subjetividades antagônicas se consolidam no grupo. Talvez isso seja parte do processo que os autores descrevem como construção coletiva, mas tenho dificuldade de entender a sintonia do processo de indivíduos e coletivos que eles relatam. Parto da premissa que discursos dominantes e emergentes constituem as subjetividades de pessoas que participam de um mesmo processo e que elas transformaram suas subjetividades de maneiras díspares no processo de tentar atingir um mesmo objetivo. Assim, uma vez mais, acredito que a noção de conflito ou co-existência de rupturas e continuidades que co-existem na produção de subjetividades pode ser útil para entender o processo de busca de práticas e visões de mundo mais próximas a um sistema de saúde humanizado para usuários(as) e profissionais.

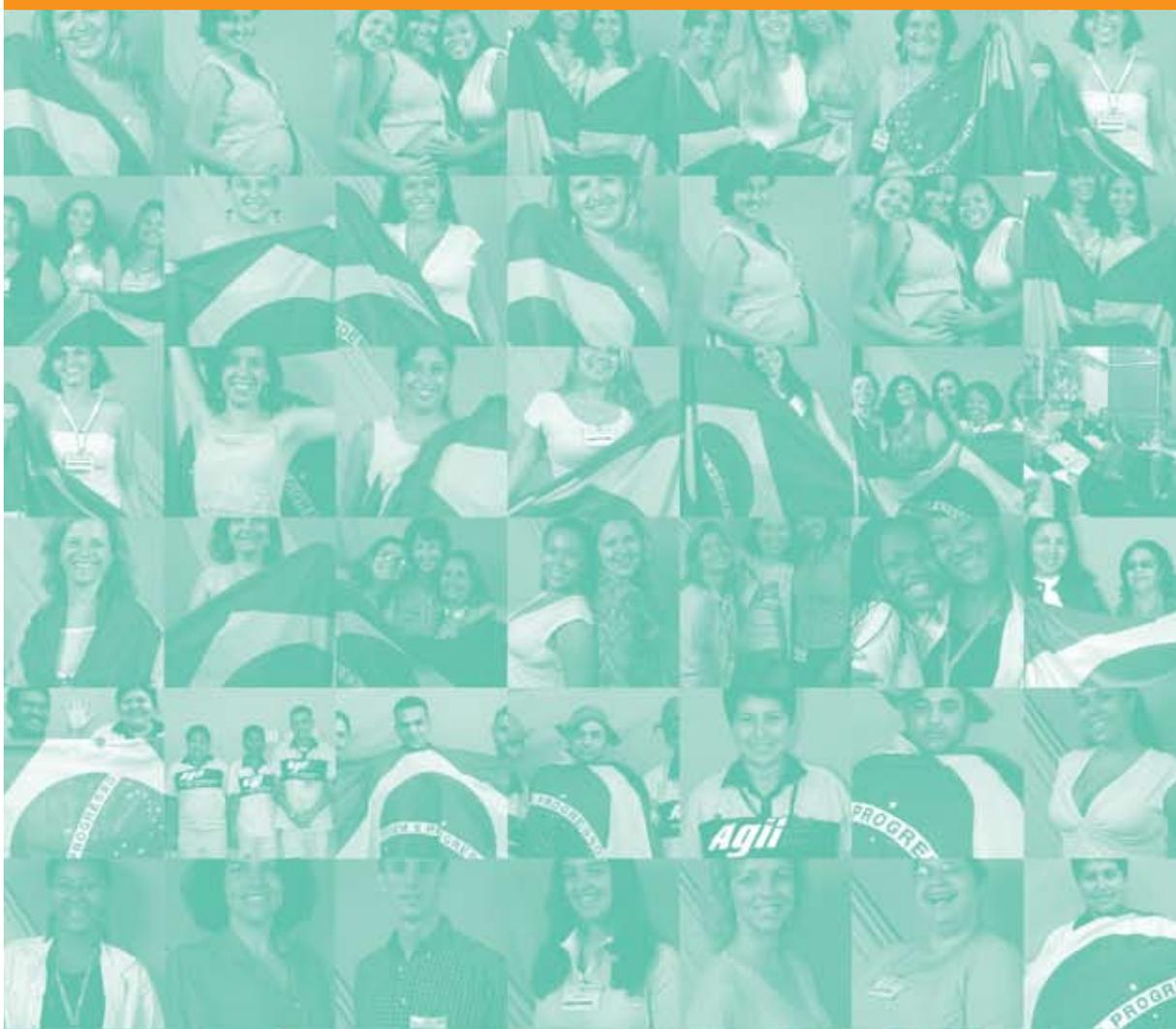
A última questão que me ocorre a partir da leitura do texto é a de que a política de humanização tem diante de si um desafio incomensurável: o de humanizar numa sociedade em que prevalecem tantas e tão profundas formas de injustiça e violência no cotidiano, a

desumanidade à brasileira. O colonialismo, transformado no último século em um acentuado classismo, e as persistentes expectativas de subserviência da população economicamente desfavorecida, ou negra, ou feminina, por parte de muitos em nossa sociedade permeiam as relações do cotidiano a ponto de ser muito difícil distinguir exterioridade e interioridade neste processo. Considero também importante lembrar que o acesso a serviços de saúde de qualidade é apenas um entre mais de uma dezena de determinantes sociais da saúde, como distribuição equitativa de renda, inclusão social, condições de trabalho e educação. Além disso, os serviços de saúde são responsáveis por apenas 10% a 15% de todos os cuidados de saúde que ocorrem nas sociedades de países ditos desenvolvidos, estando a cargo da sociedade a maior parte dos cuidados.

Para concluir, quero ressaltar que em muitos pontos concordo com os autores, mas como acadêmica cabe a mim fazer críticas para aprimorar formas de teorizar e praticar a promoção da saúde. Em síntese, sugiro que a teoria desenvolvida por Benevides e Passos se beneficiaria de maior atenção aos conflitos e tensões que o processo de humanização poderá desencadear, inclusive nos processos de produção de subjetividades, de uma pauta de diversidade para assegurar a inclusão social, o que é benéfico para a saúde de toda população e, finalmente, de uma reflexão do significado da proposta de humanização do SUS no contexto da desumanidade dos determinantes sociais da saúde, aos quais a maioria da população brasileira está submetida em seu cotidiano.



O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade





DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 401-403, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade

Suely Ferreira Deslandes – Pesquisadora, FIOCRUZ

Debater o texto de Regina Benevides e Eduardo Passos é uma oportunidade ímpar de reflexão. Primeiro pela profundidade de sua argumentação, segundo pela experiência privilegiada destes autores na proposição e consolidação de uma política de humanização para o país. São autores, portanto, que têm a perfeita dimensão das possibilidades e obstáculos existentes para tal projeto. Então, aceitando frontalmente a imprescindível e inquietante proposta de Regina e Eduardo, buscarei refletir, a partir de suas colocações, os desafios conceituais e metodológicos postos no projeto ético-político da humanização da produção de cuidados em saúde.

O primeiro passo seria argumentar sobre o conceito e seu contexto de reconhecimento; o conceito e suas diferentes formas de institucionalização, seja na letra da política, seja no campo das “práticas instituintes-instituídas”, tecendo aí alguns de seus desafios metodológicos.

Como lembram Regina e Eduardo, a plasticidade e polissemia do conceito de humanização já foram amplamente debatidas (Casate, 2005; Deslandes, 2004; Puccini & Cecílio, 2004). Suas possibilidades interpretativas variam desde o senso comum do “ser bom com o outro que sofre”, num *mix* de altruísmo caritativo e humanismo naif, passando por leituras essencialistas da busca do que seria o fundante do Humano, até as leituras de um humanismo revisitado, aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana em suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado numa ética da vida, portanto universal (Benevides e Passos, 2005).

Anexo ainda a proposição de um modelo de produção de cuidados mais resolutivo, centrado em comunicação que articula a troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários (Deslandes, 2004; 2005; Benevides & Passos, 2005). Pensar a comunicação traz implícita a tarefa de discutir politicamente os diferentes capitais e agentes envolvidos nesta proposta e os meios de comunicabilidade (comunhão e negociação de sentidos e interpretações).

Muito apropriadamente Regina e Eduardo alertam quanto ao contexto real onde se inserem as (im)possibilidades desta proposta: um modelo de assistência secularmente hierarquizado, fragmentado e calcado numa lógica técnico-burocrática.

Vemos ainda que o conceito de humanização se alinha a uma série de propostas de revisão e de mudança das relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços. A aposta nas “tecnologias relacionais” é clara. Fala-se do emprego das tecnologias de escuta, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado.

A Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004), por sua vez, não demarca um conceito, habilmente afirma apenas um “entendimento” do seu coletivo de formuladores:

Assim, entendemos Humanização como: valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de coresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2004)

Esta opção semiótica e política evita o fechamento de uma definição programática, é certo. Por outro lado, não possibilita a vinculação com uma “imagem-objeto” clara, além de permitir a identificação destas assertivas com vários princípios e orientações já disseminados pelo modelo de políticas e práticas de saúde que o SUS busca construir (valorização dos sujeitos, processos de gestão participativa e solidária, protagonismo dos sujeitos, ações de saúde centradas nas necessidades reais de saúde das populações e dos indivíduos, democratização das relações). À primeira vista, parece faltar nesta definição uma identidade do que busca designar.

A leitura do documento permite perceber que, de fato, os itens desta proposição reaparecem como alguns dos princípios da mesma política. Se a definição do conceito ganha a forma de uma proposição “princípioalista” o que isso pode nos indicar? Aventuro como especulação que o desejo da transversalidade que a política almeja então se amplia, dado que este conceito-princípio pode estar presente em vários níveis da produção de cuidados de saúde, da recepção do usuário à gestão e planejamento das ações. Contudo, um elemento desta proposição isolado (valorização dos sujeitos, fomento de autonomia e protagonismo etc.) não parece garantir a identidade de um projeto de humanização, pois sua aplicação estaria aberta a inúmeras possibilidades de leituras formalizantes e burocratizadas.

Regina e Eduardo assumem este dilema: uma política não pode ser genérica a ponto de se confundir com os próprios princípios do SUS, nem cair na especificidade de uma definição ortopedicamente reguladora. Apontam um elemento diferencial do que poderia ser um eixo identitário da proposta de humanização: processos de subjetivação transformadores, isto é, envolvendo sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados de saúde, transformando-se a si também. Daí a estratégica posição que a proposta de humanização passa a desfrutar ao ter o estatuto de uma política. Aglutina um poder mobilizador de debate e de ações que não haveria se fosse vista como mais uma diretriz das ações de saúde.

Ao pensar nesses processos de subjetivação, voltamos ao jogo das interações, das relações face a face que constrói o cotidiano do que costumamos chamar de “assistência”. Mas, como sabemos, este projeto somente se realiza se for tomado como um modo de gestão, um modo de realizar a atenção em saúde, uma práxis. Carece, portanto, de estratégias não só de produção, mas de reprodução deste modelo. Neste sentido o investimento na formação de profissionais e gestores é estratégia importante, mas cuja sustentabilidade se dá a partir da disseminação de mecanismos ideológicos contra-hegemônicos e de alianças que garantam adesão e a continuidade de tal projeto.

Cabe ainda indagar: qual modelo se deseja? Certamente esta resposta só é possível a partir de múltiplas vozes e expressões. A PNH (Brasil, 2004) defende como “marcas” a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes os seus direitos instituídos em “códigos dos usuários”, além de assegurar educação permanente aos profissionais, bem como a participação nos modos de gestão.

Sem entrar na argumentação destas marcas propostas, que por si só dariam longa reflexão, penso que dois desafios se apresentam à construção deste modelo e, conseqüentemente, aos seus agentes: a produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um *ethos*, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um). Resgato aí a crucialidade da politização do estatuto de pessoa e de sujeito. A definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais. A noção de sujeito nos lança ao discurso ético da autonomia, das escolhas e decisões à luz das condições de gênero, posição social e etnia/raça. É sempre oportuno perguntar quem goza do *status* de pessoa e de sujeito nas práticas de assistência prestada nos serviços de saúde? Quais capitais de protagonismo e autonomia os diferentes atores usufruem? Quais as margens e os mecanismos de negociação e ampliação destas fronteiras? Penso que buscar enfrentar estas questões é, como bem pontuam Regina e Eduardo, criar as bases de um movimento realmente instituinte do projeto de humanização em contexto ao ideário do SUS.

Referências

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 10, n.3, 2005. (no prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004. Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acesso em: 5 fev. 2005.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev. Lat-Am. Enfermag.*, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

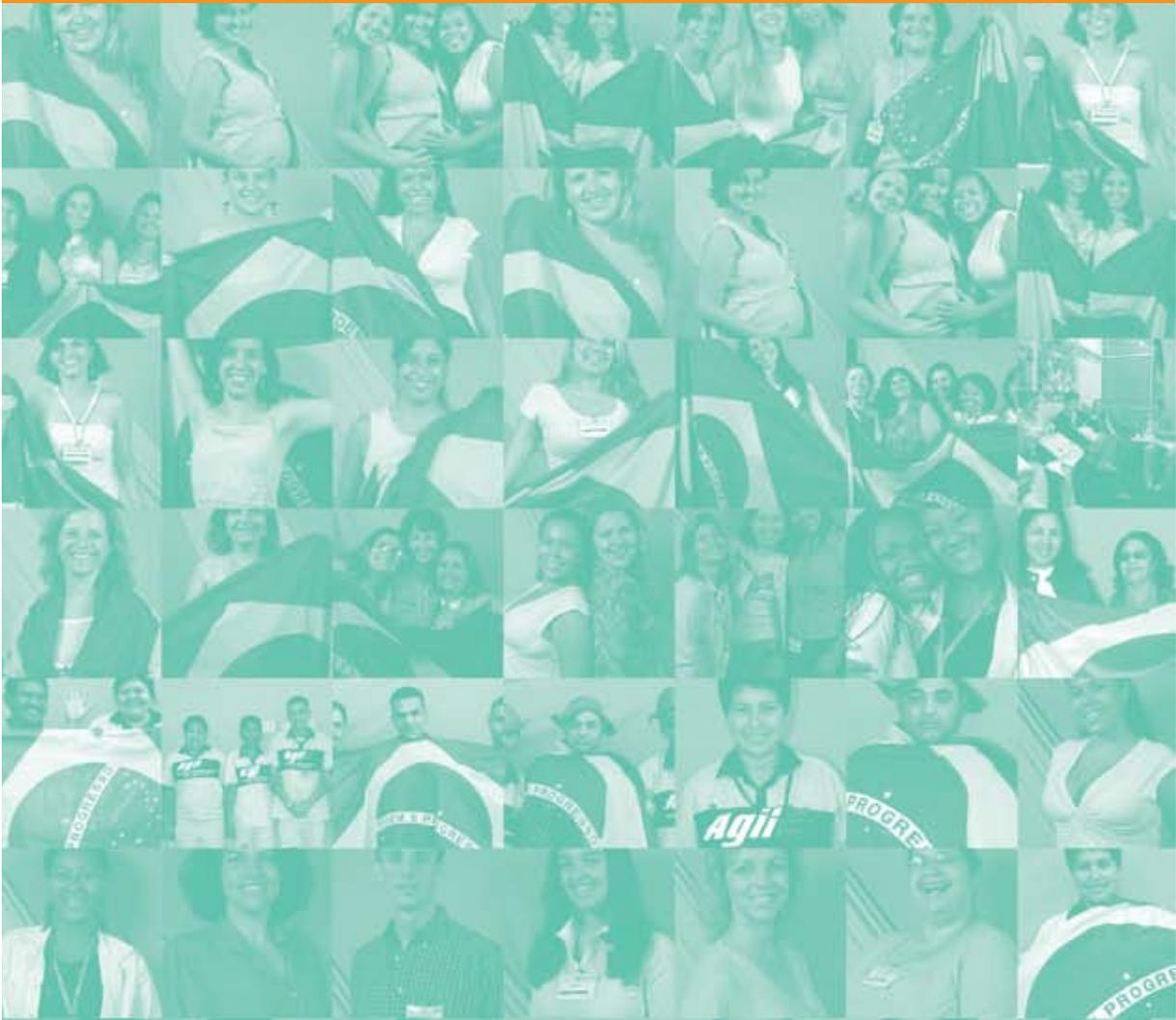
DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2004.

—. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 10, n. 3, 2005. (no prelo).

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



Réplica





BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Réplica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 404-406, 2005. Referências adicionais: Brasil/Português; Meio de divulgação: Impresso; ISSN/ISBN: 14143283.

Réplica

Regina Benevides

Eduardo Passos

Hentre

Hos

Hanimais

Hestranhos

Heu

Hescolho

Hos

Humanos

Arnaldo Antunes

Nunca escrevemos sós, não apenas porque podemos fazer um texto em parceria (como é o nosso caso), mas também e, sobretudo, porque em qualquer situação escrevemos para alguém, sempre acompanhados e provocados por esse outro que, geralmente, se mantém invisível: o leitor. É um privilégio, portanto, escrever na sessão “Debates” da revista *Interfaces*, quando podemos dar visibilidade ao plano de interlocução que faz do texto uma realização de muitos. Ter Gastão Wagner, Denise Gastaldo e Suely Deslandes como debatedores nos auxilia na tarefa sempre incompleta de construção de argumentos acerca de um tema complexo como o da humanização da saúde. Mais ainda, ter estes debatedores que se colocam ao lado para pensar o tema é prazer e certeza do compromisso de construção da saúde pública no Brasil.

Vamos tomar como caminho, nesta réplica, não uma discussão individualizada com cada um dos debatedores, cujos textos, mais que comentar, propuseram inflexões singulares e clarificadoras para o problema em debate. Extrairemos algumas linhas que atravessam os textos e que, acreditamos, nos auxiliam no esclarecimento das idéias.

Linha 1: Desnaturalização e não relativismo

Defendemos a humanização como um conceito-experiência que enquanto tal exige a crítica à maneira sintomática com que ele vem se apresentando no campo da saúde. Ir do conceito-sintoma ao conceito-experiência é realizar a desnaturalização de práticas ditas humanizantes que perderam a força de problematização do já instituído. Desnaturalizar o conceito de humanização impõe, portanto, apontar para o jogo de forças, de conflitos ou de poder que institui sentidos hegemônicos nas práticas concretas de saúde, apostando, em contrapartida, na criação de um novo modo de fazer.

Mais do que um novo objetivo ou uma nova meta, este modo de fazer pressupõe, então, um reposicionamento dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, criando-se as condições para a crise de uma subjetividade assujeitada a padrões já cristalizados em práticas de saúde não democráticas, com baixo padrão de responsabilização e de manutenção de privilégios de classes socioculturais, de gênero, de categorias profissionais etc.

A operação de desnaturalização desestabiliza as formas dadas e os seus sentidos sedimentados, fazendo aparecer o plano de produção tanto das práticas instituídas no campo da saúde quanto dos sujeitos comprometidos com a reprodução dessas práticas. Tal plano se caracteriza, de fato, por uma multiplicidade de determinantes, de maneira que esta sobredeterminação nos impede de supor uma relação de causalidade linear que garantiria a primazia de qualquer um dos vetores (econômicos, culturais, de gênero, étnicos etc.) e, conseqüentemente, uma homogeneidade dos efeitos. São muitos determinantes, sendo múltiplos também os seus efeitos, o que torna o campo da saúde uma realidade complexa e heterogênea, onde convivem diferentes práticas, diferentes valores e diferentes atores. Cairíamos assim num relativismo? Afirmar que a aposta da humanização do SUS se faz por meio da produção de subjetividades nos levaria a ter que equivaler, igualar os diferentes atores presentes no campo?

Precisamos dizer, então, que subjetividades díspares produzem a realidade e são produzidas (não são naturais, portanto) a partir deste plano de multideterminação que não deixa de ter direções em conflito, lutas por hegemonia. Há seguramente subjetividades-vítima, subjetividades-privilegiadas que, mais do que serem produzidas, reproduzem modos de funcionamento que ainda prevalecem. É justamente por entendermos serem as subjetividades produzidas que o trabalho de explicitação do plano de produção do instituído deve ser acompanhado por um outro trabalho, que é o de criar condições para a emergência de efeitos-subjetividades compatíveis com as mudanças das práticas de saúde preconizadas pelo SUS. Trata-se, portanto, de uma aposta na produção de subjetividade com uma orientação que retoma, é verdade, os princípios do SUS (o que faz do conceito da humanização um “conceito-princípio”). No entanto, essa orientação não ganha um sentido prescritivo forte nem tampouco programático, mantendo-se apoiada em valores que norteiam um processo de produção sem a definição explícita dos tipos de subjetividade a serem alcançados ou da imagem ideal de uma realidade almejada. Mas como valorar a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade, a co-gestão predeterminando o que se espera alcançar a partir da ação inventiva desses sujeitos comprometidos com o processo de produção de saúde?

Afirmar a inseparabilidade entre processo de produção de saúde e processo de produção de subjetividade é para nós uma direção ético-metodológica que deve sustentar uma política de humanização do SUS. É bem verdade que a noção de método, aqui, subverte seu sentido tradicional, pois que no lugar de pressupor uma definição prévia da meta a ser alcançada (meta-hódos), investimos num processo de construção coletiva das metas elas mesmas. Humanizar ganha, então, esse sentido de uma prática coletiva ou de um caminhando (hódos) que só coletivamente constrói suas metas (hódo-meta).

Linha 2: A noção de coletivo como um terceiro termo

O conceito de humanização, como direção privilegiada para uma política pública de saúde, pressupõe a desestabilização do caráter unitário e totalitário de Homem. É no concreto das práticas de saúde que experiências subjetivas singulares ganham efetivamente a capacidade de transformação dos modelos de gestão e atenção. Tais experiências concretas se dão numa tensão com um padrão-ideal que se impõe como força sobrecodificadora e repetidora do instituído. Humanizar, neste sentido, é valorizar menos o Homem do que um homem-qualquer que, em sua concretude, é sempre variação do padrão trazendo sua história, suas características, seu gênero etc., como fatores decisivos no processo de produção de si e do mundo.

O SUS enquanto resultado de um movimento instituinte pela democratização na saúde se fez tomando a saúde como um tema a um só tempo público e coletivo. Qual o lugar do indivíduo aí? A defesa dos direitos à saúde não pode ser entendida sem considerarmos o dever do Estado em garantir aos indivíduos universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na distribuição dos recursos com participação em todas as instâncias. Para o SUS, o que é direito de qualquer um só se sustenta no direito que é de todos. Assim, coloca-se como desafio a superação da dicotomia indivíduo/sociedade. Esta superação, acreditamos, deve ser orientada pelo conceito de coletivo enquanto um terceiro termo que não se reduz nem a um conjunto de indivíduos com sua heterogeneidade em conflito, nem ao pertencimento a uma cultura entendida como um conjunto de regras ou formas de sociabilidade. O coletivo é por nós pensado como um plano que está aquém ou além das formas, portanto, aquém e além das pessoas e aquém e além das regras instituídas. Este plano é o das forças instituintes identificadas com os movimentos sociais, plano impessoal para o qual não podemos ter uma atitude prescritiva nem determinar antecipadamente as formas nas quais os princípios do SUS se atualizarão.

Afirmar, como insistimos, a inseparabilidade entre singular e coletivo não pode significar o encobrimento dos conflitos e tensões que caracterizam o plano das forças de produção da realidade, seja das práticas de saúde, seja das práticas de si. Esta inseparabilidade não equivale a uma indiferenciação, mas ao contrário, indica o sentido positivo do processo de produção enquanto diferenciação. A ênfase, portanto, para uma política de humanização da saúde deverá incidir mais nos processos de diferenciação do que numa coletânea de diferentes. A questão não é da defesa dos diferentes tipos de práticas e sujeitos atuantes no campo da saúde, mas sim do que pode diferir do já instituído.

Linha 3: A ressonância das lutas pela democracia e a humanização como prática de resistência

Sim, a humanização é um conceito-experiência, um conceito-princípio, um conceito-síntese. É só pelo “reencantamento do concreto” que o conceito de humanização deixa o domínio abstrato dos princípios para se atualizar como política pública agindo nos e pelos coletivos. O que o conceito sintetiza, portanto, é uma dupla face da concretude na qual ele está sempre inscrito: a das práticas e a dos sujeitos.

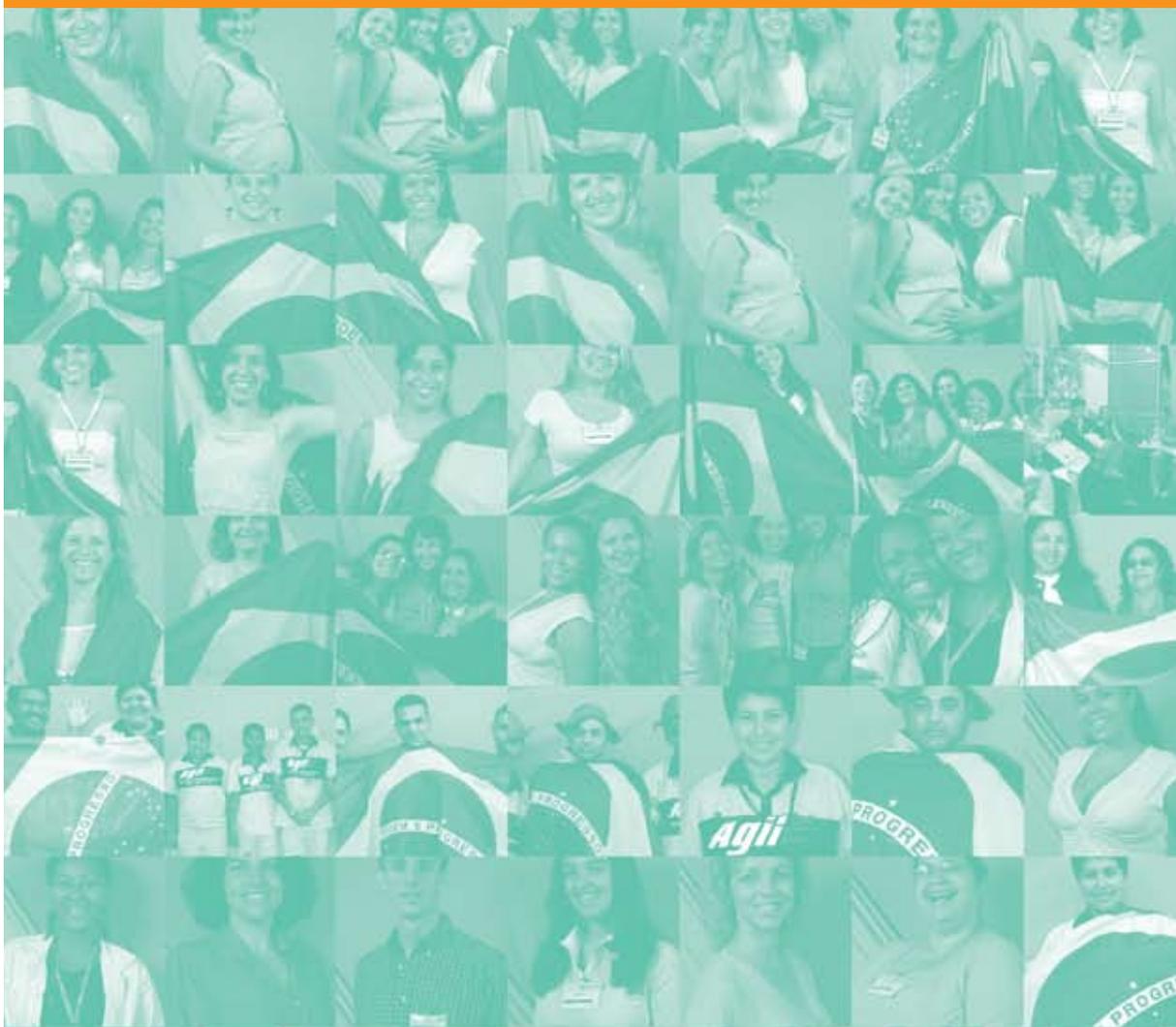
Humanizar a saúde nos compromete não com regras abstratas, que poderiam conduzir a um fundamentalismo dos princípios do SUS, mas à alteração das práticas de saúde e dos sujeitos aí implicados.

É exatamente nestas práticas (concretas) e com estes sujeitos (concretos) que o

processo de mudança pode garantir a continuidade do movimento instituinte do SUS. Seguir este movimento significa, por outro lado, manter-se numa atitude de resistência no duplo sentido da palavra: de oposição e de criação. Resistimos quando nos opomos ao modo como o *socius* está organizado de maneira a reproduzir valores, práticas e instituições competitivas e violentas. Por outro lado, no sentido positivo de resistência, a humanização deve ser entendida como afirmação da solidariedade e da potência de criação do coletivo. Neste sentido, consideramos que diferentes lutas ressoam na direção da democratização das relações, fazendo com que políticas públicas de saúde estejam conectadas com todas estas outras lutas que no contemporâneo se sintonizam com a defesa da vida.



Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos





Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos

Perspectives of the Evaluation in National Humanization Policy: Conceptual and Methodological Aspects

Serafim Barbosa Santos Filho – Consultor do Ministério da Saúde/PNH

Resumo

Este artigo tem a finalidade de abrir o debate sobre as perspectivas da avaliação no âmbito da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (PNH/HumanizaSUS). Nesse sentido procuraram-se sistematizar alguns marcos referenciais na área da Avaliação em Saúde, distinguindo duas vertentes de direcionamento da avaliação na PNH: uma apontando para metodologias de definição de indicadores de monitoramento das ações relacionadas à Humanização; e outra apontando para a realização de pesquisas avaliativas com ênfase na busca do impacto das ações. Ambas as vertentes foram pontuadas ressaltando as especificidades que devem ser reconhecidas na aproximação e utilização das metodologias avaliativas na esfera da PNH. Para reforçar tais especificidades e perspectivas de aproximação, buscou-se não somente registrar a amplitude e complexidade dos dispositivos e ações propostos no âmbito do HumanizaSUS, como também fazer uma breve revisão de conceitos e componentes englobados na área de Monitoramento e Avaliação.

Palavras-chave: Humanização, Política Nacional de Humanização, Avaliação, Monitoramento, Indicadores de Saúde.

Abstract

The purpose of this article is to open debate on the perspectives of the Evaluation within the National Humanization Policy / Ministry of Health (PNH/Humanizaus).

Towards this goal it was sought to systemize some referential marks in the field of Health Evaluation, distinguishing two side directions in the PNH Evaluation: one, pointing out to methodologies for definition of monitoring indicators of the actions related to the Humanization; the other, pointing out to evaluation researches carried out with emphasis on the search for the actions' impact. Both sides were punctuated emphasizing the specificities that must be recognized in the approach and utilization of the evaluation methodologies within the range of the PNH. In order to strengthen such specificities and approach perspectives it was sought not only to record the extent and complexity of the tools and actions proposed in the field of Humanizaus, but to make a slight review of the concepts and components enclosed in the field of Monitoring and Evaluation as well.

Key words: Humanization, National Humanization Policy, Evaluation, Monitoring, Health Indicators

1. A perspectiva interdisciplinar da avaliação de políticas e serviços de saúde

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. Na literatura recente observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenções em saúde, mesmo sem se deixar de reconhecer os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços (OMS, 1991; Akerman e Nadanovsky, 1992; Minayo e Sanches, 1993; Silva e Formigli, 1994; Contandriopoulos et al., 1997; Denis e Champagne, 1997; Hartz, 1997; Habicht et al., 1999; Victora et al., 2000; Novaes, 2000; Hartz, 2000; Rico et al., 2001; Pereira, 2001; Victora, 2002; Tanaka e Melo, 2004; Carvalho et al., 2004; Tanaka, 2004; Westphal, 2004).

Estudos recentes, epidemiológicos e qualitativos, abarcando políticas públicas complexas, como as de Promoção da Saúde e iniciativas de Humanização, demonstram a pertinência de utilização das diferentes metodologias avaliativas. Uma edição especial da *Revista Brasileira de Epidemiologia* (Abrasco, volume 5, nº. 1, 2002), dedicada ao tema da avaliação em serviços, descreve iniciativas exitosas de avaliações de impacto, englobando algumas intervenções diretamente relacionadas aos dispositivos de Humanização, o que aponta para a aplicabilidade dos métodos epidemiológicos na avaliação dessas experiências. Edição recente da *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (Abrasco, volume 9, nº. 3, 2004) enfoca as ações de Promoção da Saúde, trazendo os desafios e as perspectivas teórico-metodológicas de abordagens investigativas nessa área, desafios que podem ser estendidos a todo o campo dos programas e políticas públicas mais abrangentes. Dentre os estudos reunidos, abordam-se indicadores que podem ser compreendidos na esfera da Humanização em Saúde e são agrupados resultados de estudos de diferentes e combinados desenhos avaliativos (Assis et al., 2004; Akerman et al., 2004; Reis e Vianna, 2004).

O debate, portanto, abre-se cada vez mais na perspectiva interdisciplinar da avaliação (Hartz, 1997; Victora et al., 2000; Minayo et al., 2000; Serapioni, 2000; Almeida Filho, 2000; Deslandes e Assis, 2002; Fernandes, 2003; Tanaka e Melo, 2004). Perspectiva que permite maior aproximação da realidade, vislumbrando a avaliação estreitamente atrelada aos processos de planejamento e de gestão. Nessa direção estão propostos modelos dialógicos, com estratégias apropriadas para abarcar as diferentes e complexas dimensões dos serviços de saúde. O desafio é posto do seguinte modo: “mais que um conjunto rígido de normas a serem seguidas, (a avaliação) pode ser pensada como uma idéia reguladora que possui uma historicidade, portanto, potencialmente aberta a novos critérios” (Minayo, apud Deslandes e Assis, 2002).

Neste texto, procuram-se demarcar alguns referenciais avaliativos e aspectos sobre o manuseio de indicadores e outros componentes do processo avaliativo, abrindo alguns caminhos possíveis de acolher, como “objetos-sujeitos” de avaliação, as complexas dimensões e ações de Humanização, constituídas como política pública para propiciar transformações no cotidiano das organizações e nos seus resultados. Almeja-se avançar na perspectiva das chamadas avaliações formativas, participativas, emancipatórias (Rico et al., 2001; Ayres, 2004; Akerman et al., 2004) – avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais” (Akerman et al., 2004).

2. Os princípios e ações da humanização no contexto da avaliação em saúde

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”. (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004). Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da Humanização em Saúde. E desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes não somente de dimensionar e expressar mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004).

Tais eixos, concebidos no referencial teórico-político do HumanizaSUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e o vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação. Porém, para que essa avaliação não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário não somente reafirmar os conceitos macrorreferenciais da PNH, como também a complexidade das dimensões deles derivadas, desafiando ainda o seu dimensionamento.

Como uma estratégia de qualificação da Atenção e Gestão do trabalho, a Humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que

se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento. Dentre os marcos conceituais e diretrizes da Humanização, observam-se sinais de alerta que devem ser rigorosamente considerados na definição e nos desdobramentos dos eixos avaliativos. Enfatiza-se por exemplo que os dispositivos não devem ser entendidos como entidades estanques – “o Grupo de Trabalho de Humanização/GTH (como dispositivo para deslançar mudanças no espaço institucional) não é uma entidade, é constituído por sujeitos” (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004) –, não fazendo sentido, portanto, em se recortar como indicador de avaliação apenas a existência (implementação ou não) do dispositivo, mas, sim, captar nele, no contexto da instituição, a essência que lhe é atribuída, de trazer em si um novo modo de existir e se fazer, isso mesmo considerado como mudança. Dessa forma, deve-se ter atenção especial com as perguntas básicas que orientam os processos de avaliação, quais sejam: O que é para ser avaliado? O que será mensurado?

Pode-se dizer que a complexidade da avaliação no âmbito da Humanização está diretamente proporcional à riqueza dos debates que têm sido levantados na produção do conhecimento nessa área (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004). Por exemplo, como medir a situação que se deseja como um “grupo mais sujeito”, tendo se tornado “mais sujeito” depois de uma intervenção em um serviço? Ou, como avaliar que os “grupos (GTH) agenciam (agenciaram) mudanças no instituído”? Certamente essas são questões que se apresentam no centro do que se quer como inovador, aspectos que extrapolam em muito o seu aprisionamento em termos de medida, mas que não dispensam a contribuição da temática da avaliação para o seu equacionamento. Isso porque se trata da possibilidade de construção e organização do próprio conhecimento sobre esses “objetos”, instâncias e seu modo de se fazer enxergar. Conceitos operacionais sofisticados presentes na Humanização/PNH, sobretudo propostos na compreensão da transversalidade e noções de rede – “comunicação multivetorializada ou transversal”; “relação que coloca em cena a interação no campo das forças e não das formas instituídas” (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004) –, trazem desafios no sentido de derivarem componentes-objetos de avaliação em si mesmos, isto é, enquanto representações das aprendizagens, experiências cotidianas de trocas, relações, decisões coletivas etc. ou simplesmente como indicativos desse “um outro modo de fazer”.

Esses aspectos direcionam a configuração de um dos eixos de avaliação da Humanização, qual seja, o que revela a novidade/inovação na dinâmica organizacional; eixo que pode demarcar os produtos que ilustram as transformações no processo de trabalho e desencadeantes dessas mudanças. Um outro eixo deve ser configurado como a medida dos efeitos das intervenções (impacto) na vida dos usuários e dos trabalhadores. Vale ressaltar que, em todas as direções, a novidade e os desafios trazidos pelos referenciais da Humanização devem funcionar como estímulo para aprofundamento sobre a própria perspectiva avaliativa (enquanto questão metodológica), uma vez que expressam possibilidades de mudanças efetivas no cotidiano dos serviços e ao mesmo tempo exigem criatividade para ampliação das formas de dimensionamento das mudanças.

O desenho das avaliações deve ser precedido por amplas discussões que definam bem os objetivos e as situações desejadas, e aquelas que possam se configurar como linhas de base e parâmetros para análises subsequentes. Os momentos de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação (e seus resultados) devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, demonstrando que são ferramentas valorizadas realmente para balizar o cotidiano dos serviços.

Procurando escapar da polarização do debate em torno de abordagens quantitativas ou qualitativas de avaliação, são ressaltados aqui os princípios e propósitos da Política Nacional de Humanização que os possibilitam serem vislumbrados como objetos plausíveis de serem investigados e dimensionados qualitativa e quantitativamente. Contemplando objetivos mais amplos de provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas em situação de trabalho, transformações nos processos e modos de produzir serviços, e transformações na interação a ser estabelecida entre profissionais e usuários, a Humanização se instaura como objetos a serem tratados de modo qualitativo, buscando-se significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo. Seria a medida, utilizando uma expressão de Deslandes e Assis (2002), de “ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos num determinado momento de suas histórias”. Por outro lado, tais mudanças desejadas no processo e organização do trabalho (e transformações dos sujeitos neles envolvidos) devem repercutir em respostas concretas para os usuários e trabalhadores, sendo que tais processos e respostas são também passíveis de mensuração por meio de modelos de avaliações quantitativas. Ainda, e para além dessa segmentação, tem sido sugerida a associação de métodos, mesclando técnicas de abordagens quantitativas e qualitativas que, utilizadas criteriosamente e de modo complementar, preservam seus pressupostos e asseguram e potencializam os resultados.

3. Conceito e atributos dos indicadores de avaliação

Com base nas questões levantadas, apontam-se duas vertentes para direcionar a avaliação das ações da Humanização. Uma, buscando delimitar os objetivos específicos da Política Nacional de Humanização e deles remetendo-se à seleção de um elenco de indicadores, que deve servir ao acompanhamento e monitoramento contínuos das ações/intervenções; a outra, estruturando desenhos de pesquisas avaliativas, com a finalidade de dimensionar os efeitos das intervenções. Adiante neste texto, será resgatada a diferenciação que comumente se faz entre monitoramento de rotina e avaliação. E, antes de se voltar para a discussão específica de indicadores e modelos avaliativos no âmbito da Política Nacional de Humanização, foram sintetizados neste e no próximo tópico aspectos metodológicos relacionados à formulação, atributos e significados dos chamados indicadores de avaliação.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA/OPAS, 2002). São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (Maletta, 2000). “Uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo” (Vaughan e Morrow, 1992).

Tradicionalmente, portanto, os indicadores trazem uma concepção de quantificação de informações, sendo desenvolvidos com essa finalidade; e a eles estão vinculados os critérios de confiabilidade e validade, entendidos como busca de precisão e exatidão no que se quer medir, isto é, em que nível de certeza o resultado da observação espelha o que se pretendeu avaliar. A validade desdobra-se em medidas de sensibilidade e de especificidade.

Essas definições encontram-se, com mais ou menos detalhes, em livros e manuais de epidemiologia e tais dimensionamentos estão diretamente relacionados à identificação e controle dos chamados vieses, bias ou erros de aferição do que se pretende avaliar (Rothman, 1986; Maussner e Kramer, 1990; Almeida Filho e Rouquayrol, 1992; Vaughan e Morrow, 1992; Pereira, 1999; Gordis, 1996; Maletta, 2000; Pereira, 2001).

Do ponto de vista da construção de um indicador, é ressaltada a importância das propriedades de seus componentes, muitas vezes restringidos a numeradores e denominadores, que devem ser bem quantificados, registrados e processados, conformando-se em sistemas precisos de informação e gerando diferentes “estatísticas”, “coeficientes” (taxas, proporções, razões e outros). Ainda na perspectiva de definição dos indicadores também importam critérios de qualidade historicamente agrupados em sete aspectos englobados como simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminabilidade e poder de cobertura (Jordan Filho, apud Moraes, 1994).

Além dessas dimensões que asseguram a qualidade de um indicador e de uma avaliação objetiva, tendo por base “dados válidos e confiáveis”, a OPAS resalta outros atributos atrelados à finalidade dos indicadores – devem ser capazes de representar e responder a prioridades em saúde, sendo “ferramenta fundamental para a gestão e avaliação”. E acrescenta: sua utilização deve estimular “o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde” (RIPSA/OPAS, 2002). Enfatizando a informação como instrumento de planejamento e de gestão, Moraes (1994) chama a atenção para a finalidade central dos indicadores – de avaliar – e a perspectiva de juízo de valor sempre presente nesse ato. Alerta, então, que o indicador seria “a quantificação da realidade a fim de planejar um modo de interferir nessa própria realidade”, porém, ressaltando que a “quantidade mede somente um aspecto da qualidade (realidade concreta)” e que “isso faz com que o conhecimento retirado dos números, muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade”. E, ainda, que “os indicadores refletem o ‘sistema de valores’ do profissional que os constrói, o que implica que formule certas hipóteses e perguntas e não outras” (Moraes, 1994).

Com as pontuações feitas até aqui sobre a concepção de um indicador, são apresentados os rigorosos critérios postos como legitimadores da sua definição e utilização, mas também recupera-se o alargamento do olhar que se propõe para o manuseio crítico de indicadores, destacando sua finalidade e contexto como aspectos centrais que devem nortear os demais atributos de qualidade e de sua aplicabilidade. Nesse sentido, abre-se campo para pensar os indicadores em saúde na perspectiva da definição de informação observada em Carvalho, apud Moraes (1994), entendendo que informação é “a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras da simbologia”; e que “informar é um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático”. Em última análise, “escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pela política de saúde ‘real’” (Moraes, 1994). No manuseio e análise do indicador/informação “deverão necessariamente ser incorporadas as reflexões acerca do contexto, historicamente determinado, que propiciou as condições para que o objeto específico se desenvolvesse” (Moraes, 1994).

São esses os referenciais que devem abrigar a discussão de indicadores no âmbito da Humanização. Interessa-nos reforçar que o seguimento de critérios não significa o enquadramento em processos rígidos e descontextualizados de avaliação.

4. Os indicadores e seus significados na avaliação de serviços de saúde

Do ponto de vista metodológico e operacional, desde os trabalhos pioneiros de Donabedian (1984; 1990; 2003), vêm-se classificando os indicadores utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em três grandes grupos – estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde,

que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e os procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas. Os indicadores de resultados, efeitos ou impacto tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos são os que avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade. Mais recentemente estão incluídas medidas de qualidade de vida em geral, graus de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares. Os efeitos de uma intervenção podem ser avaliados segundo os níveis de eficiência, eficácia e efetividade, modos de separar os distintos aspectos do alcance dos objetivos (Pereira, 1999; Contandriopoulos et al., 1997; Baker, 2000; Gordis, 1996; Habicht et al., 1999; Rico et al., 2001).

Vale ressaltar uma questão metodológica importante na avaliação de impacto: são conhecidas as dificuldades na demonstração de que os resultados observados estão causalmente relacionados a uma dada política [intervenção] (Rico et al., 2001), fato que se torna ainda mais complexo no caso de políticas como a da Humanização, que se configuram como uma teia ampla de ações, compondo-se de dispositivos específicos e de outros não-específicos. Apresenta-se, portanto, a questão de como dimensionar associações específicas entre ações e resultados. Por outro lado, é sabido que transformações ocorridas em curto prazo podem ser consequência de diferentes tipos de intervenções, dificultando a utilização e interpretação de indicadores quanto à sua capacidade de refletir especificamente uma determinada política pública.

Alguns indicadores são, portanto, mais sensíveis às mudanças nos/dos serviços e isso deve funcionar como critério para orientar a sua seleção. Em última análise, o uso de indicadores deve contribuir para aprimorar a qualidade dos serviços e suas respostas; “a dificuldade reside em decidir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente” (Pereira, 1999). Esse autor, citando a complexidade da utilização de métodos epidemiológicos na avaliação de serviços de saúde, salienta suas limitações e potencialidades. Menciona o amplo espectro de combinações que poderiam ser exploradas, cruzando-se aspectos das macrodimensões de estrutura, processo e resultados e chama a atenção para o fato de que, pelas dificuldades metodológicas, muitas vezes os estudos focam-se em apenas algumas variáveis (tradicional, “convenient”), deixando de considerar outras, como “estado funcional, qualidade de vida, capacidade de trabalho e outros aspectos de igual ou maior interesse”, situações que muito importam no âmbito da Política Nacional de Humanização.

No escopo dos componentes agrupados no conceito de qualidade de serviços de saúde encontram-se eixos que são intensamente perseguidos no âmbito da Humanização. Além dos componentes clássicos de eficácia, efetividade e eficiência, reúnem-se a equidade, o acesso, a adequação, a aceitação e a qualidade técnico-científica (Donabedian, 1990; Vuori, 1991; Pereira, 1999). Ressalta-se nesses conceitos um norte central, caro à perspectiva da Humanização, que é a busca de organização dos serviços em conformidade com as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, contextualizadas em seu mundo cultural e social. Por outro lado, alguns dispositivos da Humanização trazem em si mesmos outras dimensões que devem ser acrescentadas entre os componentes que qualificam os serviços. É assim que devem ser vistos por exemplo os dispositivos de “visita aberta” e “acompanhante” para usuários internados, recursos estes que não significam somente um critério de organização do serviço, mas asseguram o convívio de pacientes internados com sua rede social.

5. Perspectivas de uma política de avaliação na política de humanização

No Sistema Único de Saúde, vêm sendo implementadas algumas iniciativas de institucionalização de instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação, com base em indicadores selecionados e negociados, como é o caso do Pacto da Atenção Básica, conduzido pelo Ministério da Saúde. De uma perspectiva mais ampla, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) está implementando o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), partindo do estudo de indicadores utilizados em alguns países de referência (Viacava et al., 2004), do Brasil, utilizando dentre outras fontes a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), rede que articula instituições envolvidas na produção, análise e disseminação de informações, numa iniciativa conjunta da OPAS e Ministério da Saúde (RIPSA/OPAS, 2002).

Apesar dessas iniciativas de caráter mais abrangente, a experiência na área de monitoramento e avaliação no SUS ainda é incipiente. Dentre outros problemas, não é usual o atrelamento de planos avaliativos no planejamento da atenção em geral. E com relação aos dados propriamente ditos, é bastante alardeada a limitação de sua qualidade. E, mais recentemente, têm-se observado as limitações quanto à otimização do uso das bases tecnológicas utilizadas na sua produção. Um levantamento recente do Ministério da Saúde constatou no âmbito do SUS a existência de 283 sistemas de informação “que não conversam entre si” (PNH/Ministério da Saúde, 2004), reafirmando com isso as limitações na transformação de dados em informações e conhecimentos articulados, válidos e confiáveis para uso efetivo no planejamento e avaliação em saúde.

É necessário observar que, mesmo com ferramentas indutoras do uso de informações e indicadores na condução dos serviços (os próprios sistemas de informação são um desses indutores), a experiência cotidiana mostra que é bastante comum o desenvolvimento de projetos/ações nos níveis locais, sem que sejam previstas etapas e critérios de análises de seu desempenho e resultados. Ou seja, não se produzem os dados e não se institucionaliza a prática de avaliar para guiar o trabalho.

Projetos e estratégias mais recentes do Ministério da Saúde têm dado grande destaque à utilização de metas e critérios para orientar a reorganização e gestão de serviços. A Política Nacional de Humanização, como um desses projetos institucionais, constitui-se como uma política pública com princípios e objetivos bem definidos, em busca da redução de desníveis no acesso e de qualidade no/do trabalho, devendo incorporar critérios e indicadores de avaliação de sua efetividade, contribuindo para sua visibilidade e consolidação. As características especiais que a PNH assume, instaurando-se como uma proposta de ampla abrangência e de operacionalização transversal, devem ser levadas em conta na montagem de desenhos avaliativos, compreendendo o que se implementa (quais ações) e como essas ações se “espalham” em diferentes eixos para, a partir daí, pressupor sua influência nos resultados obtidos.

5.1 Abrangência das ações da Política Nacional de Humanização e eixos avaliativos

Dadas as suas características especiais de se fazer presente em todas as práticas sanitárias (“contaminar” todos os âmbitos dos serviços), muitas vezes a Política de Humanização estará se efetivando e consolidando por meio das próprias ações de rotina dos serviços, agregando os princípios da Humanização nos passos da produção desses serviços. É assim que se pode compreender o atendimento prestado à população com base no “acolhimento com avaliação de risco”, ou seja, na produção desse serviço (o atendimento), está-se procurando imprimir

uma marca da Humanização que reorienta a abordagem da população, modificando a tecnologia para o seu alcance e acessibilidade, priorizando casos de acordo com gravidade (necessidades singulares) e disparando mecanismos (e níveis) adequados de respostas. Nesse sentido, a avaliação na perspectiva da PNH deve-se constituir buscando os significados específicos de sua contribuição para as mudanças e resultados, muitas vezes partindo de alguns dos próprios indicadores que usualmente representam produção e desempenho dos serviços. Como, por exemplo, a partir do “acolhimento com avaliação de risco”, buscando identificar os aumentos ocorridos nos percentuais de cobertura de usuários (incluindo demandas reprimidas) e de encaminhamentos adequados (respostas), segundo as necessidades e gravidade das demandas.

Em outros casos, o amplo espectro de ações específicas desenvolvidas a partir da Política de Humanização (podendo ser compreendidas como intervenções próprias da PNH) gera novos processos e produtos, devendo resultar em novos indicadores para seu dimensionamento. É assim que se deve observar/avaliar o próprio “movimento de organização do acolhimento com avaliação de risco”, enquanto processo de trabalho (formação das equipes, graus de adesão, capacitações etc.), buscando nele as variáveis que caracterizam sua implantação, em graus mais adequados ou não, e a influência dos diferentes contextos de implantação nos efeitos obtidos.

Entendendo os dispositivos da Humanização como os direcionadores ou os próprios equivalentes de intervenções, observa-se que eles representam potenciais mudanças, mas desde que sejam efetivamente operacionalizados. Dependem, assim, de complexos processos de implantação, em meio a fatores favoráveis e desfavoráveis, exigindo negociação com diferentes atores. É necessário, portanto, que essas situações sejam tomadas como objetos de avaliação, tanto na ótica do desvelamento e explicitação dos fatores intervenientes no maior ou menor êxito de implantação, quanto na sua relação com resultados alcançados. Observem-se, por exemplo, alguns dispositivos da Humanização da Gestão dos serviços. Os Conselhos ou Colegiados de Gestão podem ser concebidos apenas como criação de novas estruturas “administrativas” ou burocráticas (serem formalizados) e não serem capazes de desencadear novos modos de gerir o trabalho (negociações permanentes, construção coletiva da co-participação e co-gestão); nesse caso, análises que não levarem em conta os movimentos efetivos e variações na implantação e funcionamento desses dispositivos complexos (sua operacionalização, “grau de implantação”) podem correr o risco de estabelecerem falsas associações entre sua criação e mudanças que tenham ocorrido em seguida.

No contexto institucional, mudanças importantes no processo de trabalho deparam-se com resistências de diferentes atores e outras adversidades, que funcionam como modificadores de situações que poderiam ser esperadas como “ideais”. Essas condições (não completamente controladas, “não ideais”, não idealizadas) de implantação de inovações tornam-se, por si mesmas, importantes enquanto alvo de avaliações, contribuindo não somente para demarcar as variações entre experiências semelhantes, como também apontar fatores facilitadores para a reprodução de experiências exitosas.

Com essas características, pode-se constatar a pertinência e necessidade de diferentes abordagens metodológicas para abrigo das avaliações no âmbito da Política Nacional de Humanização. E essas possibilidades avaliativas devem ser tomadas como favoráveis e aproveitadas. Torna-se interessante, com isso, que sejam desencadeadas análises diferentes e complementares. Avaliações epidemiológicas podem ser paralelas, anteceder ou suceder as análises qualitativas e sistêmicas. Se as anteceder, podem levantar o conjunto de fatores (implicados nas intervenções) associados a um efeito, fornecendo subsídios para que as pesquisas qualitativas aprofundem os níveis de exploração dessas associações; se as sucedem,

podem aproveitar os resultados que demonstram os graus de implantação das experiências, selecionando variáveis independentes mais adequadas para verificar sua associação com os efeitos (Victora et al., 2000). Ressalta-se que as “análises de implementação” são bem indicadas sempre que os efeitos possam ser sensíveis a variações contextuais (Contandriopoulos et al., 1997).

Alguns estudos epidemiológicos demonstram a ampliação do escopo de variáveis analisadas, traduzindo tanto componentes inovadores dos processos de trabalho (variáveis independentes), quanto resultados alcançados, isto é, partindo de desenhos mais abrangentes, enfocando experiências exitosas diretamente relacionadas à Humanização (Santos et al., 2002; Barros et al., 2002). Na modelagem desses desenhos são feitos ajustes metodológicos, utilizando os chamados estudos quase-experimentais, em que o grupo controle não é escolhido aleatoriamente, respeitando princípios éticos ao se tratar do critério “exposição”.

Ainda enfatizando as questões metodológicas, observa-se que é desejável permear a avaliação mesclando métodos de coleta e de tratamento de dados, procurando agregar valor às análises e aos resultados, isto é, provocando interlocuções ao invés de análises e interpretações isoladas. Essas aproximações têm sido recomendadas e experiências têm sido desenvolvidas assegurando os critérios de confiabilidade e validade dos instrumentos e resultados (Victora et al., 2000).

Na Política Nacional de Humanização observa-se uma diversidade de iniciativas, que podem ser abordadas como variáveis independentes, interligadas, e que podem influenciar mudanças (resultados) em indicadores complexos; mudanças que dificilmente poderiam ser explicadas em uma relação linear de (uni)causa-efeito. Por exemplo, mudanças observadas no tempo de internação de usuários (redução do tempo de permanência no hospital) podem ser estudadas como um “fenômeno complexo”, não resultante apenas de uma intervenção única, mas explicadas a partir de um modelo que incorpore diferentes variáveis (extraídas das iniciativas de Humanização) e suas inter-relações.

Os desenhos avaliativos devem, de um lado, abarcar um leque ampliado de situações que se configuram como efeitos esperados com as ações de Humanização; nesse sentido, ampliando o espectro de indicadores “de resultados”. De outro lado, os modelos devem ser capazes de aprofundar na explicação dos vários fatores contribuintes, inter-relacionados, verificados na origem dos resultados, buscando contribuições específicas de ações derivadas dos conceitos e dispositivos de Humanização. Seria a composição de cenários ampliados de hipóteses de associação entre variáveis que indicam mudanças nos processos de trabalho e seus possíveis efeitos. As experiências de implantação de “prontuários únicos”, funcionando como eixo de integração dos cuidados ampliados (“projetos de saúde” para cada usuário), sob responsabilidade de “equipes interdisciplinares”, podem ilustrar as questões abordadas anteriormente. Enquanto equivalente de um protocolo reordenador do processo de trabalho e de toda a abordagem do usuário internado, isto é, como ferramenta de direcionamento do projeto terapêutico, no “prontuário único” podem ser buscadas e exploradas variáveis (indicativas de mudanças no processo de trabalho) que, agregadas e desagregadas em modelos complexos, podem ser avaliadas quanto à sua repercussão, desde que foram introduzidas. Se o “prontuário único” efetivamente canaliza propostas mais abrangentes de cuidados (projetos de saúde), baseando-se em coleta e interpretação das necessidades e problemas do usuário, ele pode influir e contribuir para respostas que extrapolam indicadores comuns de medida da saúde-doença, dimensionando, por exemplo, aquisição de autonomia, em diferentes sentidos e graus.

5.2 Os desafios na implementação de Indicadores

Hartz (2000) distingue “Monitoramento” e “Avaliação” (pesquisa avaliativa), lembrando de sua inter-relação, mas ressaltando suas especificidades. O monitoramento de rotina das ações de saúde “é voltado para a análise continuada dos sistemas de informação”, comumente realizado com base em metas preestabelecidas e pactuadas, servindo para incentivar a produção e qualificação dos serviços. Possibilita avaliação oportuna e agilidade na correção de rumos. Aspectos inovadores das iniciativas de reorganização das práticas sanitárias muitas vezes não são abarcados pelo rol de metas pactuadas, limitando a análise das mudanças ocorridas. Apesar de o monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação e buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Citando os modelos lógicos de avaliação, norteados por indicadores, Hartz (2000) lembra a necessidade de se partir dos resultados/impactos esperados, para orientar a avaliação (e a seleção de múltiplos indicadores), e que se deve cuidar para que sejam apontados “resultados significativos, ainda que difíceis de mensurar”, ao invés de “outros facilmente mensuráveis”, mas que não refletem a concepção ou essencialidade do projeto em questão. Por tudo que já se pontuou sobre a Humanização, essa diretriz torna-se fundamental nos seus desenhos avaliativos.

Para Maletta (2000) a formulação de indicadores é uma das operações básicas inerentes aos sistemas de informação em saúde. No ato de formulação dos indicadores estão contempladas a sua definição propriamente dita, a definição dos dados a coletar para sua composição e a definição dos métodos e procedimentos de sua produção. Com a definição de “saídas”, procede-se : à comparação entre as variáveis observadas e aos parâmetros que forem estabelecidos como referência; avaliam-se as variáveis significativas e se as colocam como subsídio para tomadas de decisão.

Os indicadores assim abordados, na perspectiva do monitoramento contínuo das ações e atrelados a sistemas de informação, são estratégicos para institucionalização da prática de acompanhamento sistemático dos serviços. Porém, sua implementação não se dá sem dificuldades e controvérsias, trazendo à tona a questão dos Sistemas de Informação, com necessidade de clareza e fluxos bem definidos dos dados para que sejam realmente úteis. Os próprios estudiosos da área de informação pontuam a “carência de propostas na área de Sistemas de Informações em Saúde”, que contribuam para “saltos qualitativos em sua utilização” (Moraes, 1994).

Partindo-se dos aspectos que já foram problematizados, sintetizamos os seguintes princípios a serem considerados na discussão de indicadores no âmbito da Política Nacional de Humanização, buscando apropriar dos conceitos básicos embutidos em sua concepção, mas também buscando alargar os pressupostos para sua construção. Enfatizam-se, então: o desafio de se definirem indicadores, quantitativos e/ou qualitativos, contextualizados nas diferentes dimensões abrangidas pela PNH, refletindo inclusive seus processos de caráter menos estruturado e às vezes mais subjetivos. Isso evitaria o distanciamento entre os princípios da Humanização e o recorte apenas de variáveis “mais fáceis” de serem mensuradas. A seleção isolada de variáveis consideradas “ideais” ou “convenientes” para medidas reduziria a visibilidade do processo e alcance da Política de Humanização. Não obstante o alargamento desse olhar sobre a construção de indicadores, atentar para a definição de indicadores confiáveis e válidos, tratando esses critérios no contexto de avaliações interdisciplinares. Tudo isso evitaria o risco de se definirem indicadores inadequados para refletir as situações desejadas (indicadores não representativos, por exemplo, mesmo que sejam variáveis de

fácil mensuração) e, por outro lado, o uso de indicadores adequados (representativos) mas com problemas para aferição. Ambos os casos acarretariam distorções na classificação e identificação da situação real que se quer avaliar, podendo-se incorrer nos chamados “vieses sistêmicos” (Pereira, 1999; Pereira, 2001; Hartz, 1997; Reichenheim e Moraes, 2002). Nesses casos, por “viés sistêmico”, compreendem-se os erros relacionados à escolha inadequada de indicadores objetivos para variáveis subjetivas, e aqueles decorrentes da seleção de situações “convenientes”, eleitas por aparentarem menor grau de incerteza, para isso descartando-se dimensões mais complexas ou subjetivas, mesmo que essas sejam a própria essência da situação. Esses erros são comuns e há estudos mostrando o quanto contribuem para a baixa utilização dos resultados de pesquisas (Hartz, 1997).

Orientando-se por esses princípios, entende-se que seria pertinente a inclusão de diferentes tipos de indicadores. E para isso, aprofundando no debate sobre os aspectos de confiabilidade e validade, lembrando o que contém nesses conceitos e que permite ampliar sua aplicação. A confiabilidade está relacionada ao processo de aferição e, nesse caso, deve-se levar em conta as amplas situações que podem ser “aferidas” no âmbito da Humanização e os modos de aferição: de dados objetivos, de resultados concretos, mas também de transformações no próprio processo, na dinâmica dos serviços, nas relações entre as pessoas, na interação com usuários etc., isto é, como observar essas situações. A validade é uma propriedade do instrumento de medida – nesse caso, como se chegar a instrumentos válidos (a serem validados), sem cair no reducionismo de se elegerem apenas instrumentos já tradicionalmente tidos como válidos, mas, sim, mesclar métodos de aferição e buscar validações, isto é, buscar métodos capazes de melhor representar a realidade observada (Reichenheim e Moraes, 2002; Deslandes e Assis, 2002). E, sobretudo, considerar que, para cada situação em particular, pode interessar o privilegiamento ora da validade (ou acurácia, medida pela capacidade de representar/“acertar o alvo” desejado), ora da precisão (ou confiabilidade, medida pelo grau de dispersão e de concordância entre as medidas). É comum preocupar-se com a obtenção de medidas de alta precisão, sem se preocupar com os efeitos sobre a acurácia, produzindo estudos de baixa validade. Um evento qualitativo pode ser medido tanto por variáveis quantitativas quanto qualitativas. Essas últimas implicam perda de precisão da medida, mas não necessariamente perda de acurácia, sendo capazes de melhor representar o evento estudado (Pereira, 2001). Se tomarmos a “satisfação dos trabalhadores com a gestão do serviço” como exemplo para avaliação, pode-se assegurar uma alta precisão ao se contar o número de trabalhadores que se manifestaram satisfeitos ou insatisfeitos em resposta a um questionário (com perguntas fechadas). Porém, se este mesmo fenômeno (satisfação) for avaliado a partir de um instrumento aberto, discursivo, provavelmente cai a sua precisão (haverá mais discrepâncias na captação das respostas), mas se ganha em termos de expressão real do significado da satisfação para o trabalhador (o ganho de acurácia). Muitas vezes “mais vale uma medida não-refinada do que se precisa do que uma medida precisa da coisa errada” (Hartz, 1997) ou que “concessões em precisão podem mesmo contribuir para uma melhor acurácia, uma melhor representação do evento estudado” (Pereira, 2001).

Atentando para a análise de validade em situações complexas, “sistemas abertos”, deve-se salientar a necessidade de se definir claramente o que se quer observar (o “evento” ou situação a ser mensurada). Isso não significa definir de modo “fechado”, fazendo-se enquadramentos inadequados para medir situações que são mais abertas, porém, definindo critérios claros que respeitem essas características. No caso da Política de Humanização, tome-se como objeto de análise um “Colegiado Gestor em Efetivo Funcionamento”. É necessário que se definam os critérios do que se considera e se espera dessa instância de gestão em “funcionamento efetivo”, indo além da sua mera estruturação formal. E somente

a partir dessa definição, com delimitação do que se quer buscar/observar, é que se pode assegurar uma medida mais próxima da realidade desejada, aí sim justificando a utilidade de um processo avaliativo. É claro que se tem que levar em conta que sempre haverá um componente arbitrário na definição de qualquer padrão sobre o esperado, para efeitos de comparação (Almeida Filho e Rouquayrol, 1992).

No rastro dos eixos que foram problematizados, aparecem limitações e desafios importantes de ordem operacional na implementação de indicadores (pensados em uma política de avaliação), que trazem à tona o que já foi mencionado sobre o uso dos indicadores no monitoramento cotidiano e em avaliações específicas. Há que se considerar os recortes para os diferentes níveis de análise – planos nacional, regional e local –, levando em conta as diferenças dos serviços e desigualdades loco-regionais; há que se pensar na sistemática de obtenção dos dados, definindo aqueles de coleta rotineira e os que demandariam inquéritos pontuais e específicos. Para o monitoramento em “larga escala” e que permita padrões de comparação, seria preciso discutir e definir o que seriam métodos e fontes de coleta, sistemas de captura e de registro de dados, regularidade da informação e outros aspectos político-técnico-operacionais.

5.3 A institucionalização da avaliação

Um critério importante para se assegurar a qualidade e continuidade dos processos de avaliação é a sua institucionalização, ampliando e fomentando pesquisas avaliativas de interesse para os serviços (Hartz, 2000). A compreensão democrática, participativa, ressaltada por alguns autores sobre o ato de avaliar, com a integração de gestores e pesquisadores em todas as fases da avaliação – conceitualização, representação, mensuração e interpretação dos dados –, é uma premissa para se potencializar o uso dos resultados (Hartz, 2000). No caso da Política Nacional de Humanização, acrescentam-se os sujeitos essenciais a serem incorporados nesses processos, quais sejam, os trabalhadores e usuários dos serviços, inclusive instrumentalizando-se para formar uma “rede de potenciais avaliadores”. Na definição de padrões de avaliação, a metodologia de escuta de opiniões de técnicos e outros atores é uma prática freqüente, com a finalidade de principiar as “validações” e ajustes nos instrumentos e modos de sua utilização. Deve-se lembrar que a informação produzida não deve ser utilizada como verdade absoluta, mas como ferramenta de negociação entre interesses múltiplos (Contandriopoulos et al., 1997). Na leitura e interpretação dos dados (indicadores) há que se cuidar para assegurar coerência de análises contextualizadas, ultrapassando o olhar sobre as estatísticas como resultados finais, isolados, neutros, e dialogando com as interpretações dos sujeitos envolvidos, à luz das “lógicas culturais, relações institucionais e estruturas sociais” (Deslandes e Assis, 2002).

Os investimentos necessários são de ordem político-técnico-operacional, contemplando desde a busca de estratégias de ampliação e legitimação do debate, até a discussão de instrumentos de operacionalização dos processos avaliativos adequados para os níveis locais e também de maior alcance. Uma das premissas acerca da implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização é a de se respeitar que sejam “iniciativas diferentes em cada lugar, cada situação” (PNH/5a. Oficina de Trabalho, 2004), operando como experiências singulares, diretriz essa que deve encontrar ressonância nas políticas de avaliação. Por outro lado, devem ser exploradas as situações comuns emergentes das experiências locais (situações disponíveis, factíveis), estudando métodos e instrumentos de sua abordagem em planos mais abrangentes – fazer emergir delas indicadores a serem tratados em instrumentos nacionais de negociações em torno de situações desejadas.

Documento recente elaborado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde ressalta as muitas dificuldades para o desenvolvimento de ações de avaliação no SUS, citando limitações relacionadas à “cultura da gestão que não se prima pelo uso do planejamento, de bancos de dados (mesmo que disponíveis), da construção de indicadores, e da fixação, acompanhamento e aferição de metas”. Chama a atenção também para as “dificuldades metodológicas de avaliação qualitativa e mesmo a ausência de um sistema de informações em saúde mais integrado” (Ministério da Saúde/DERAC, 2004). A discussão da avaliação na Política de Humanização deve fortalecer o coro das iniciativas de integração dos processos de avaliação e monitoramento no SUS, tanto na perspectiva instrumental, de integração de bases de dados e sistemas, quanto na perspectiva de construção de pactos conjuntos e ampliados. O debate sobre a Avaliação na PNH segue, portanto, seus próprios princípios diretivos, pretendendo-se estratégico para a própria consolidação do Sistema Único de Saúde.

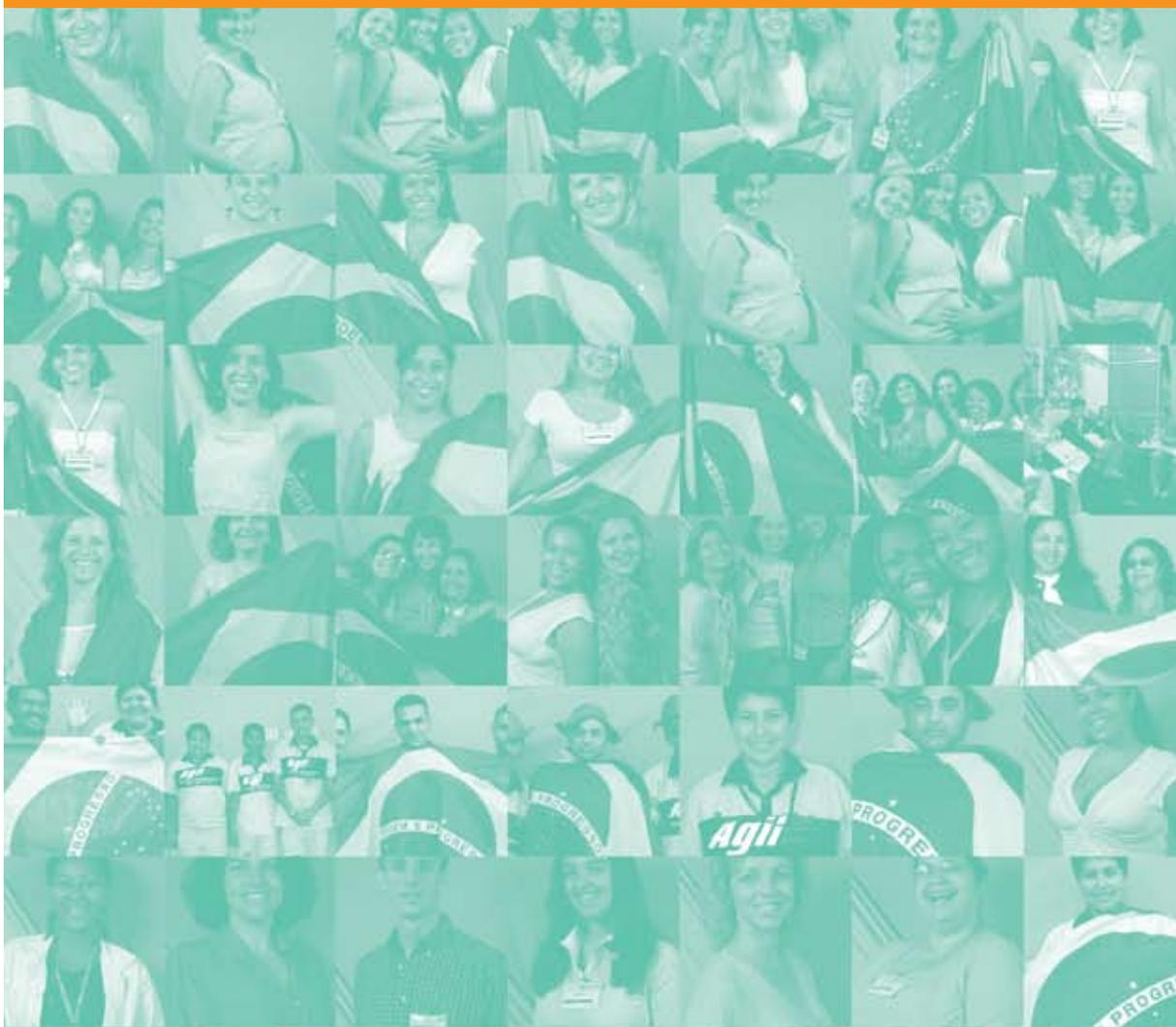
Referências

- AKERMAN, M. e NADANOVSKY, P.** Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4), p. 361-365, 1992.
- AKERMAN, M. et al.** É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3): p. 605-615, 2004.
- ALMEIDA FILHO, N.** *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M.Z.** *Introdução à epidemiologia moderna*. Belo Horizonte/Salvador: Copmed, APCE/Abrasco, 1992.
- ASSIS, M. et al.** Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 557-581, 2004.
- BAKER, J.L.** *Evaluating the impact of development projects on poverty: a handbook for practioners*. Washington: The World Bank, 2000.
- BARROS, F.C. et al.** Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), p. 5-13, 2002.
- CARVALHO, A.I. et al.** Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 521-529, 2004.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al.** A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 29-47.
- DENIS, J.L. e CHAMPAGNE, F.** Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 49-88.
- DESLANDES, S.F. e ASSIS, S.G.** Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S. E DESLANDES, S.F. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 195-223.
- DONABEDIAN, A.** *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.
- . La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Publica de Mexico*, 32, p. 113-117, 1990.
- . *La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación, enfoques básicos para la evaluación*. México: La Prensa Mexicana, 1984.
- FERNANDES, R.C.P.** Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), p. 765-774, 2003.
- GORDIS, L.** *Epidemiology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996.
- HABICHT, J.P. VICTORA, C.G. e VAUGHAN, J.P.** Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Epidemiological Association*, 28, p. 10-18, 1999.
- HARTZ, Z.M.A.** Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21, p. 29-35, 2000.
- . *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MALETTA, C.H.M.** *Bioestatística e Saúde Pública*. Belo Horizonte: Editora Independente, 2000.
- MAUSSNER, J.S. e KRAMER, S.** *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.
- MINAYO, M.C.S. e DESLANDES, S.F.** *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- MINAYO, M.C.S. e SANCHES, O.** Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), p. 239-262, 1993.
- MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A. e BUSS, PM.** Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), p. 7-18, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DERAC.** *Regulação no setor saúde – em direção aos seus fundamentos públicos*. Brasília, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/QUALISUS:** *Política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília, 2004.
- MORAES, I.H.S.** *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.
- NOVAES, MH.** Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34, p. 547-559, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales*. Genebra: OMS, 1991.
- PEREIRA, J.C.R.** *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp, 2001.
- PEREIRA, M.G.** *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- PNH/MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Relatório Final da Oficina HumanizaSUS*, 31/01/2004.
- REICHENHEIM, M.E. E MORAES, C.L.** Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: MINAYO, M.C.S. E DESLANDES, S.F. *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 227-254.
- REIS, I.N.C. E VIANNA, M.B.** Proposta de análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 697-709, 2004.
- RICO, E.M. et al.** *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001.
- RIPSA/OPAS.** *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2002.
- ROTHMAN, KJ.** *Modern Epidemiology*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1986.
- SANTOS, I.S. et al.** Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDIPI (OMS/UNICEF). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), p. 15-29, 2002.
- SERAPIONI, M.** Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), p. 7-18, 2000.
- SILVA, L.M.V. E FORMIGLI, V.L.** A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, p. 80-89, 1994.
- TANAKA, O.Y. E MELO, C.** Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- TANAKA, O.Y.** Health promotion challenge conceptions and an alternative evaluation approach. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 530-543, 2004.
- VAUGHAN, J.P. & MORROW, R.H.** *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- VIACAVA, F. et al.** Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 711-724, 2004.
- VICTORA, C.G. et al.** *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- VICTORA, C.G.** Editorial: Avaliando o impacto de intervenções em saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), p. 3, 2002.
- WESTPHAL, M.F.** Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Dilemmas in the evaluation of health promotion: how should Brazilian scientific output be oriented? *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), p. 530-543, 2004.



Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida





Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida

Paideia effect and the health field: relations between subjects and the world

Gastão Wagner de Sousa Campos – Prof. Depto. de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Resumo: esse ensaio reflete sobre o modo como o Método Paidéia lida com a relação entre a constituição de sujeitos e o mundo da vida. Apresenta alguns Núcleos Temáticos utilizados para analisar essa relação em situações concretas. Discute critérios para avaliar a noção de desenvolvimento político ou institucional. Comenta implicações da adoção desta metodologia no campo da saúde, especificamente para a prática da clínica ou da saúde pública.

Palavras-chave: educação em saúde; gestão em saúde e política social.

Summary: *This essay reflects about Paideia Methods and how it deals with the relation between subjects and the world. Presents some Thematic Nucleus recommended to analyzing concrete situations. Discuss criterions needed on political or institutional development evaluation. Also analyses implications due to Paideia Methods when it is used on health field.*

Key words: *health education, health management and social political.*

O Método Paidéia e a ação do sujeito no mundo da vida

Os sistemas políticos se articulam em três instâncias básicas: primeiro, o contrato social de fundação e refundação da sociedade; isto é, toda uma rede de leis e de valores que compõem as instituições em uma dada sociedade; segundo, o governo e outros dirigentes que realizam a “gestão” da rede de organizações que constituem a Pólis contemporânea; no caso, o Estado, empresas públicas e privadas e outras organizações religiosas ou comunitárias; terceiro, os sujeitos que vivem segundo estas leis e que utilizam ou trabalham nessas organizações; ou seja, indivíduos e coletivos organizados que formam movimentos sociais, a opinião pública e grupos de interesse.

O Método Paidéia busca o aperfeiçoamento de pessoas e instituições. Opera, portanto, diretamente sobre essa terceira instância da Pólis; ou seja, procura realizar um trabalho sistemático junto aos próprios sujeitos, ampliando sua capacidade de atuar sobre o mundo que os cerca, particularmente sobre as instituições e organizações.

O método objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o mundo e sobre si mesmo, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social.

Essa educação para a vida teria como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de co-gestão, que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua própria saúde. A gestão compartilhada da clínica ou da saúde pública pode se constituir também em um espaço onde se produza esse efeito Paidéia.

A Paidéia é, portanto, 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 alguns critérios para balizar a política e a gestão. Não exige espaços terapêuticos ou pedagógicos especiais, como consultórios ou escolas; ainda que possa ser implementado também nesses lugares. O método Paidéia para ser realizado depende da constituição de espaços de co-gestão (co-gestão sendo definida como compartilhamento de poder) e tem a pretensão de ser empregado no trabalho, na gestão de organizações, projetos ou movimentos sociais.

Ainda que seja auto-aplicável, dependendo da apropriação por um coletivo de seus conceitos fundamentais, o método ressalta a importância de ofertas externas para apoiar a mudança de pessoas ou de grupos. Trata-se de uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo, procurando sempre meios para que essa reflexão rebata sobre a imagem que os sujeitos têm de si mesmos. Busca o sentido forte do termo reflexividade: o pensamento voltar sobre si mesmo a partir das evidências colhidas no mundo.

O conceito clássico de Paidéia já indicava essa possibilidade, ou seja, pressupunha a existência de um potencial de desenvolvimento em seres e sociedades humanas que adotassem princípios e procedimentos de uma educação integral dos sujeitos (Jaeger; 1986). Cidadania (direitos), democracia participativa (Ágora) e Paidéia constituíam a tríade imaginada pelos atenienses, durante o período clássico, capaz de garantir-lhes o bem-estar. O efeito Paidéia adviria de um trabalho interno, imanente às pessoas. A cidadania e a democracia contemplariam os elementos transcendentais a cada indivíduo, os quais constituiriam um ambiente favorável ao desenvolvimento integral das pessoas. Naquela época a sociedade ateniense, em alguma medida, ao pensar um projeto de desenvolvimento, conseguia escapar da falácia de optar ou pelo indivíduo ou pelo coletivo; ou ainda, de escolher entre determinação estrutural ou determinação da vontade humana na explicação do destino e da história. A democracia ateniense, em tese, tentou apoiar-se nessas dimensões polares e durou enquanto foi possível (Stone, 2005).

O Método Paidéia (Campos; 2000) procura meios para integrar estas dimensões polares da realidade: o mundo da vida e os sujeitos que intervêm sobre ele ao mesmo tempo em que sofrem suas consequências. Para isto sugere uma metodologia de análise com ênfase na interpretação da ação prática dos sujeitos no mundo. Com esse propósito, opera com alguns núcleos temáticos, alguns referentes ao mundo, outros ao sujeito.

Os núcleos temáticos referentes ao mundo guardam uma relação com os sujeitos que fazem política, trabalham e vivem nesse mundo. E vice-versa. Assim, a finalidade da ação humana é um dos núcleos temáticos centrais a serem analisados pelos sujeitos da ação. Com que objetivos se elabora dada política de saúde, ou se faz gestão de serviços públicos e ou se trabalha com pessoas portadoras de risco ou de enfermidades?

Um segundo núcleo temático se refere aos meios utilizados pelos sujeitos para conhecer e intervir em um dado contexto. Qual o modo utilizado pelos sujeitos para realizar alguma tarefa ou implementar algum projeto? No fundo, é uma pergunta sobre a capacidade de análise e de intervenção: com que meios e métodos atuam a direção de um hospital

público, uma equipe ou uma comunidade?

Um terceiro seria: o objeto dos quais os sujeitos se encarregam estaria assumindo responsabilidade sobre que elementos de uma dada situação? Ao realizar um estudo ou uma intervenção, as pessoas recortam pedaços da realidade; estes fragmentos revelam o compromisso desses sujeitos. O quarto núcleo temático relativo ao mundo da vida é a análise do resultado das intervenções humanas: que produto tal ou qual organização, ou tal ou qual movimento, ou tal projeto estariam produzindo?

Conforme se observa, estes quatro núcleos temáticos constituem uma reutilização das categorias sugeridas por Marx para análise do processo de trabalho conforme aparece em *O Capital* [Marx (1818-1883); 1985].

Por sua vez, os núcleos temáticos relativos ao sujeito dizem respeito a sua existência no mundo da vida. Um núcleo temático central ao método é o de objeto de investimento: que afeto estaria o sujeito da ação depositando no objeto ou no projeto sobre o qual agem, fazem política, gestão ou trabalham? Um segundo, que capacidade têm estes sujeitos da ação de estabelecer pontes com o interesse de outros sujeitos, mediante a constituição de compromissos ou contratos? Um terceiro núcleo temático referente aos sujeitos é a análise da rede de poderes envolvidos em cada situação ou contexto: que conflitos, que institucionalidade e de que modo se exerce o controle social entre os sujeitos envolvidos em um hospital público ou espaço comunitário? Outro seria referente aos recursos de saber ou de conhecimento, bem como dos valores, dos quais os sujeitos envolvidos na ação têm disponibilidade; ou seja, uma análise dos referenciais culturais e tecnológicos de que se valem os sujeitos em um contexto concreto.

Núcleos Temáticos para Análise Paidéia

RELATIVOS AO MUNDO	RELATIVOS AO SUJEITO
Finalidade/OBJETIVO da ação humana	OBJETO de investimento
RESULTADO/ produto da ação humana	Capacidade de estabelecer CONTRATOS e compromissos com OUTROS
Meios de INTERVENÇÃO sobre o mundo	Análise da rede de PODER em cada situação
OBJETO do qual se encarrega	Mecanismos de controle social
	Referência cultural e ética

Realizar o percurso analítico antes sugerido não é uma tarefa simples. Ao contrário, depende de apoio externo e do estabelecimento de uma série de condições objetivas, entre elas a possibilidade de se organizarem espaços protegidos para a reflexão – rodas; depende ainda da substituição da violência como método para resolver conflitos por processos de negociação entre interesses e perspectivas distintas. O Método Paidéia se propõe a contribuir para a democratização das instituições, mas, paradoxalmente, depende bastante da instituição de espaços democráticos.

Critérios para Análise Segundo o Método Paidéia

O Método Paidéia opera com a noção de que as mudanças são inevitáveis. Isto porque se filia à concepção de devir, decorrente da perenidade de tudo e de todos. Reconhece que as mudanças sociais resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, externos e internos aos sujeitos. Uma espécie de dialética multifatorial, em que não haveria apenas tese e antítese seguidas de uma inevitável e previsível síntese; mas, o cruzamento da influência de múltiplos fatores que, ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores envolvidos nessa mistura dialética que é a vida.

Pois bem, o Método Paidéia é um recurso para colocar um pouco de intencionalidade nesse caldeirão de mudanças contínuas.

Quais seriam as finalidades em nome das quais se justificaria essa busca de intencionalidade por parte dos sujeitos? Para uma concepção teleológica, em geral, as finalidades costumam ser os principais critérios utilizados para avaliar um acontecimento.

Já para a corrente pragmática, à qual se filiam o pensamento sistêmico e cognitivo tão em voga no século XXI, os resultados seriam os principais critérios para validar uma concepção ou uma metodologia de intervenção (Nicola, 2005). Quais seriam os resultados em nome dos quais se justificaria a busca de intencionalidade na política, na gestão e no trabalho?

Com que critérios, então, julgar se uma intervenção busca o tal de aperfeiçoamento ou desenvolvimento das pessoas e instituições? O que seria desenvolvimento ou aperfeiçoamento de pessoas e de instituições? O que seria desenvolvimento político ou social?

O conceito de desenvolvimento é moderno. Com o iluminismo consolidou-se um forte sentimento de que o progresso social seria possível, ou como um processo cumulativo de pequenas mudanças – caracterizando uma perspectiva denominada de reformismo –, ou como rupturas abruptas de estruturas que emperrassem o referido progresso – em um modo revolucionário (Bobbio; 2000). De qualquer modo consolidou-se a idéia de que haveria possibilidade de aperfeiçoamento social, de evolução do mais simples ao mais complexo, do injusto ao justo, da ignorância à sabedoria e do pior para o melhor.

Vários pensadores considerados pós-modernos negam essa trajetória e recusam a noção de progresso, retornando, em distintas variações, ao conceito de eterno retorno elaborado pelo filósofo Friedrich Nietzsche e, em conseqüência, a uma reafirmação da existência de um grau importante de circularidade na história (Harvey; 1993), (Jameson; 1996).

Uma corrente de pensadores gregos, Heráclito entre eles, pensava a vida como um movimento contínuo, em um permanente deslocar-se, chegando a forjar o conceito de “devir” (Schüller; 2001). Ao contrário do pensamento religioso oriental que também descrevia a vida em fluxos, estes filósofos gregos anteviam a possibilidade de o ser humano interferir nesse processo. O hinduísmo ou o taoísmo atribuíam um poder imenso ao destino, relegando um papel secundário na história à iniciativa humana (Russel, 1972). Todavia não aparece em Heráclito uma ligação orgânica entre esse perpétuo movimento de mudança e a idéia de que esse fluxo conduziria a uma evolução contínua, ou a um aperfeiçoamento contínuo das instituições ou das relações sociais. Essa noção de progresso, de fato, aparece muito forte entre os iluministas. Entre os franceses enciclopedistas, em Kant e em Hegel particularmente. Havendo esse último filósofo elaborado uma síntese entre a concepção dialética de devir de Heráclito com a certeza iluminista de que, com o avanço do conhecimento, haveria um

desenvolvimento da sociedade em espiral, com idas e retornos, mas, sempre, em sentido de um conhecimento absoluto, de um Estado perfeito e do fim da história (Kojève, 2002). O comunismo antevisto como paraíso terrestre é um desdobramento dessa concepção. Quando todas as contradições econômicas fossem eliminadas, os seres humanos viveriam em harmonia, organizados em uma sociedade que garantiria para cada cidadão, graças ao desenvolvimento dos meios de produção e ao aperfeiçoamento da máquina política, bens e serviços na exata medida de suas necessidades.

Apesar de ser considerado um dos fundadores da modernidade, Freud identificava uma tendência à repetição no comportamento individual dos seres humanos, opondo-se a esse otimismo que supunha o desenvolvimento linear ou em espiral ascendente da vida em sociedade. Esta perspectiva aparece não só quando ele reconhecia a presença de uma dificuldade, inerente à natureza humana, de convivência social, mas também quando analisava a estruturação da personalidade individual. Haveria um mal-estar inevitável produzido pelas renúncias que o viver em sociedade obrigava. As leis, as regras e os costumes imporiam limites ao desejo e a impulsos agressivos individuais, sem o que a convivência caminharia rapidamente para a barbárie e para a mútua destruição entre as pessoas. No entanto, estas imposições provocariam mal-estar, sintomas e mesmo doenças entre as pessoas (Freud, 1976). Este conflito impediria tanto uma evolução linear da sociedade, quanto alcançar-se algum dia uma organização social tão harmônica que eliminasse esse padrão estrutural de conflito. Essa contradição funcionaria como um dilema que se reporia sempre em qualquer modalidade de organização social.

Ao construir o conceito de “transferência”, um dos pilares de sustentação da teoria e da prática psicanalista, ele observou que seus pacientes tendiam a relacionar-se com ele reproduzindo o modo como haviam se relacionado com autoridades familiares em sua primeira infância. Eles faziam uma transferência para o psicanalista de conflitos e de afetos experimentados no início de sua vida e, muitos deles, relegados ao esquecimento profundo (Freud, 1969). Deleuze e Guattari criticaram essa concepção baseada na compulsão à repetição, analisando que cada tentativa de repetição de uma situação passada fatalmente seria diferente da anterior, tendo em vista a diferença entre os contextos e entre as pessoas envolvidas (Deleuze & Guattari, 1976). De qualquer modo, haveria que se reconhecer que, de fato, há uma tendência nas pessoas a pensarem e atuarem usando referências do passado. Se uma pessoa aprendeu a lidar com a autoridade paterna de certa maneira, ao se deparar com outras autoridades, o professor, o médico ou o psicanalista, observa-se, de fato, uma tendência a repetir o estilo de relação anterior. Ou de enfrentamento aberto, ou de simulação e de fuga dos embates etc. Ainda que seja importante reconhecer, como constataram Deleuze e Guattari, que as situações nunca serão equivalentes, não há como deixar de constatar que há situações análogas indutoras de identificações e movimentos repetitivos do pensamento e da ação dos sujeitos.

Trazendo essa discussão para o campo da política, da gestão e da vida cotidiana, poder-se-ia também reconhecer certa circularidade no funcionamento social, ainda que nunca haja um retorno ao mesmo de antes. Esta recorrência, essa tendência à repetição, resultaria da concentração de poder em determinados grupos ou classes sociais, da força das estruturas e das instituições interferindo na visão de mundo e no agir prático dos sujeitos. A lei, a ordenação das forças da natureza e das forças produtivas, a cultura, os valores, os costumes e os hábitos atuam conformando o modo como pensam e vivem os habitantes de certo tempo e de certo território. O ser humano tende a introjetar essas características externas, seja da cultura, da racionalidade econômica ou de valores predominantes em uma época, transformando-as em elementos singulares de sua própria subjetividade. Por isso parece tão difícil realizar mudanças na organização social.

De qualquer modo, conforme postulavam os dialéticos gregos e seus herdeiros iluministas, o ser humano não é inerte. Ele interage com essas estruturas e com a natureza. O mito de Prometeu, o homem que roubou o fogo dos deuses, permitindo a criação da indústria e ampliando os recursos necessários à proteção e ao conforto dos humanos, representa essa potência, essa possibilidade, esse imaginário (*Dicionário de Mitos*, 1998).

Caberia, no entanto, dirigir uma pergunta a esse mito: o que levaria alguns a agir como Prometeu e outros não? Prometer e não prometer a si mesmo e aos outros a felicidade? Prometeu ludibriou ordens dos poderosos e, desrespeitando o estabelecido pela tradição, conseguiu o fogo para ser compartilhado com os semelhantes, um comportamento de desafio à autoridade, de habilidade calculada para lograr o seu intento e de solidariedade em repartir o bem adquirido com a humanidade. E ele fez tudo isto com a certeza de que haveria conseqüências, um preço a ser pago em virtude de sua preocupação com o coletivo e com a injustiça na distribuição de recursos importantes para a vida. Existiriam Prometeus na vida real?

Essa pergunta dirigida ao mito, no fundo, ressoa em outra interrogação: como podem os sujeitos interferir na história? Com que recursos? E em que sentido: egocêntrico ou com algum grau de solidariedade? Os critérios, voltamos a eles. Como julgar a política, a gestão, o trabalho e as ações cotidianas?

O método Paidéia busca apoiar e, ao mesmo tempo, avaliar o desenvolvimento de pessoas e de instituições segundo três critérios fundamentais:

1. Reconhecer que uma das finalidades principais da política, da gestão e do trabalho humano é a construção de bem-estar e de justiça social. Realçar a importância da defesa da vida como um critério de julgamento para as ações humanas. Introduzir com ênfase o tema da eficácia, cada vez mais deslocado pelo critério da eficiência. Na sociedade contemporânea predomina a busca incessante de maior produtividade, objetivando aumentar a capacidade competitiva dos agentes (Harvey, 1993) e não necessariamente os valores de uso produzidos. Usar o fator humano como analisador e balizador do governo, da economia e da política. Fundir o conceito de finalidade com o de resultado, finalismo e pragmatismo mesclados: que benefícios cada ação traz para a coletividade? Que setores serão beneficiados?

O método Paidéia propõe trazer para o centro da discussão a repercussão de cada ação sobre a vida humana. Assim, uma economia que andasse bem, mas o povo andasse mal, seria desaprovada por esse critério Paidéia, que seria a capacidade de produzir bem-estar e justiça social. Um hospital estatal ou privado deveria, em primeiro lugar, ser avaliado por sua capacidade de produzir saúde; em segundo, considerar-se-ia sua eficiência, isto é, a maior ou menor capacidade de utilizar meios com racionalidade e economia.

Observa-se nos últimos tempos uma degradação da política e da atividade econômica. O exercício da política tem colocado a luta pelo poder à frente do compromisso de governar a Polis de maneira equânime e justa. Predomina um realismo político que considera ingênua qualquer postura que não traga para o centro do palco a conquista e manutenção do poder, tomadas como um fim em si mesmo. O pensamento estratégico teria essa base, o jogo pelo poder. Com isso, a proteção social, a distribuição de renda, a segurança pública, o modelo de gestão do campo da saúde ou educação, tudo é submetido à racionalidade da luta pelo poder. O interesse particular de grupos ou de pessoas em concentrar poder tem predominado sobre o interesse coletivo de se terem governos com capacidade para assegurar bem-estar.

O método Paidéia não preconiza, ou sequer imagina possível, a organização social sem a disputa pelo poder. Ao contrário, essa disputa é essencial à democracia. O problema

tem sido o deslocamento de ênfase. O poder seria um meio para o bom governo da Pólis, e não um fim em si mesmo. Ainda que para alguns grupos ou pessoas – políticos profissionais – participar do poder seja também um fim em si mesmo – afinal, como ironizava Henfil, “eles precisam sobreviver” –, a sociedade, por outro lado, também precisa construir contrapoderes que limitem a agudeza dessas disputas. Desenvolver meios políticos – fora do circuito profissional da política – que obriguem os poderosos a cumprirem também com sua responsabilidade com os outros, no caso, com a maioria.

Essa diretriz indica um compromisso do método Paidéia com a equidade; ou seja, com a mudança e com a reforma de leis, estruturas e posturas pessoais que reforçam ou sustentam qualquer forma de injustiça.

2. A política, a gestão e o trabalho deveriam ser julgados também por sua capacidade de construir os maiores coeficientes possíveis de autonomia e de liberdade para as pessoas e instituições. Isto implica assegurar ao indivíduo e à coletividade a possibilidade de expressão dos desejos, interesses e valores particulares ou singulares com a máxima liberdade, bem como criar espaços onde estas diferenças, além de virem à tona, possam ser objetos de compromissos e de contratos entre os atores sociais envolvidos.

Para o método autonomia não significa independência ou descompromisso absolutos. Ao contrário, a ampliação da autonomia depende da capacidade de o sujeito reconhecer e lidar com a rede de dependência na qual estão todos inevitavelmente mergulhados.

Essa diretriz indica um compromisso do método com a democracia; ou seja, com a democratização da vida em sociedade e com uma ampla reforma dos modos de fazer política e de fazer gestão. Acena-se com a possibilidade de limitar o poder das autoridades – políticas, econômicas, disciplinares e outras – com contrapoderes oriundos da ampliação da capacidade de analisar e de intervir da maioria das pessoas.

3. Assegurar a resolução de conflitos e a elaboração de contratos entre interesses e valores diferentes sem o uso da violência, mas graças ao uso de instrumentos de convencimento e de negociação. Talvez fosse mais realista afirmar: com o menor uso de violência possível, já que há formas e formas de convencimento, e, uma delas, a pressão social, sempre inclui alguma forma de constrangimento contra poderosos relutantes em dividir riqueza e poder, assim como contra explorados constrangidos a desistir de lutar pela mudança. Para muitos, isto poderia ser considerado uma forma de violência; talvez?

De qualquer modo, essa diretriz enfatiza a necessidade de realizar um combate sistemático à violência e às situações e condições que facilitem ou possibilitem o uso da violência entre pessoas.

O Campo da Saúde e o Método Paidéia

O trabalho em saúde, seja clínico ou preventivo, objetiva alterar uma situação considerada inadequada; aposta em um devir; ou seja, em um processo de mudança. Implica, portanto, a intervenção ativa de sujeitos que irão mobilizar recursos para alterar a situação negativa.

A Medicina e a Saúde Pública tradicional consideram as comunidades e grupos populacionais como objetos a serem controlados ou manipulados em função do saber clínico ou epidemiológico; ou seja, operam com um objeto reduzido: a doença em sua expressão individual ou populacional. Como se não houvesse pessoas envolvidas. O Método Paidéia

busca ampliar essa concepção do objeto de conhecimento e de intervenção do campo da saúde: toma as doenças e problemas de saúde em sua expressão individual e coletiva, mas os toma encarnados em pessoas concretas. O Método Paidéia não descarta a importância da doença, mas incorpora também a noção de problemas de saúde (situações que aumentam o risco e a vulnerabilidade das pessoas), além de ressaltar que não existe doença, risco ou vulnerabilidade separada de pessoas concretas. Neste sentido, toma como objeto ainda a capacidade de intervenção das organizações e dos sujeitos sobre esses problemas.

O método sugere, portanto, uma ampliação do objeto da clínica e da saúde, coletiva; não uma negação ou substituição radical do objeto tradicional dessas disciplinas, conforme alguns autores chegaram a recomendar. Ao criticar a medicina tradicional, alguns autores sugeriram o abandono do conceito de doença, que deveria ser substituído pelo de saúde. Para o método, o objeto é aquilo do que se encarrega para analisar e intervir; no caso, o objeto do qual se encarrega o setor saúde é o risco, a vulnerabilidade e a própria doença encarnadas em indivíduos e grupos concretos de pessoas.

Para o Método Paidéia a produção de saúde seria a finalidade ou o objetivo do trabalho, dos sistemas e das políticas da área sanitária. O objetivo ampliado das políticas e dos sistemas seria a produção de saúde, mediante intervenções para prevenir doenças, promover situações e ambientes saudáveis, bem como medidas clínicas para recuperar e reabilitar pessoas enfermas.

Além disso, o método incorpora também como objetivo para a clínica e para a saúde coletiva a busca permanente em ampliar o grau de autonomia dos sujeitos usuários dos serviços ofertados. E este é um efeito tipicamente Paidéia, a ampliação da autonomia de uma pessoa depende sempre da ampliação de sua capacidade de compreender e de agir sobre o mundo e sobre si mesmo.

Para o Método Paidéia o objetivo do trabalho em saúde seria, pois, a própria produção de saúde, ou seja, defender a vida, mediante políticas de proteção social, bem como mediante uma ampliação da compreensão e da capacidade de as pessoas agirem de modo comunicativo e solidário. Com este fim, é importante construir uma capacidade de estas pessoas identificarem e trabalharem temas que sejam objetos de investimentos para elas mesmas; ou seja, atendam parcelas de seu desejo e interesse e tenham significado e relevância para a sua própria vida e para os pedaços de mundo envolvidos nesse contexto.

Juntamente com esse propósito, é fundamental a construção de novas organizações e de uma nova sociabilidade que estimule e facilite a modificação das relações entre os governos, gestores, trabalhadores de saúde e destes com os usuários.

A medicina e saúde pública tradicionais também operam com uma redução em relação aos meios de intervenção. Em saúde há meios de intervenção voltados para o diagnóstico da situação individual ou coletiva, e outros dirigidos ao momento da terapêutica ou da intervenção propriamente dita sobre o contexto considerado inadequado. No momento do diagnóstico há uma redução quando se pratica uma objetivação positivista tanto na análise epidemiológica (dados de mortalidade, morbidade, avaliação de risco), quanto na clínica (dados do exame físico ou evidências resultantes de exames complementares). O Método Paidéia sugere uma síntese entre o saber clínico e epidemiológico objetivos, e a história do sujeito ou do grupo populacional, o que inclui analisar a capacidade de intervenção dessas pessoas sobre a produção de saúde.

Esta síntese entre evidências objetivas e uma narrativa subjetiva permitiria a composição de um texto mais próximo às características da situação indesejada e sobre como

ela vem sendo produzida. Neste texto são utilizadas informação epidemiológica, clínica e assistencial para descrever o problema. Para identificar fatores subjetivos, sociais e culturais envolvidos com a produção do problema sanitário, valer-se de representação dos sujeitos envolvidos, valorizando sua experiência e sua vivência. Os dados para composição desse texto a ser analisado e interpretado podem advir da observação empírica por parte da equipe; de sua capacidade de escuta do discurso dos usuários; do levantamento de conhecimentos acumulados sobre o problema; de protocolos, programas, ou de relatos de outras experiências; dados sobre recursos e situação sanitária.

A interpretação do texto é necessária para orientar a tomada de decisões e definição de tarefas, tanto para os profissionais quanto para os usuários ou rede de apoio. A interpretação depende da capacidade de se elaborar modelo explicativo para a produção do problema e construir-se modos de interferir no problema de forma a atenuá-lo ou a erradicá-lo. As diretrizes políticas e os valores vigentes em cada situação devem ser incorporados nesse diagnóstico.

No momento terapêutico ou da ação sobre a situação de risco também se pratica uma redução de perspectiva na clínica e na saúde pública tradicionais. Em geral, opera-se com a vigilância epidemiológica e sanitária, e com fármacos ou cirurgias na clínica. Para o Método Paidéia seria necessária uma ampliação, com certeza, realizar-se estes procedimentos quando necessários, mas, além disso, incorporar no projeto terapêutico ou de intervenção ações objetivando reorganizar a atenção à saúde e estruturação social, bem como procedimentos para a ampliação do saber e capacidade de cuidado das pessoas, famílias e da comunidade.

Para que esta linha de trabalho seja possível é fundamental adotar-se a gestão compartilhada do projeto terapêutico individual ou do projeto de saúde pública. A gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva altera a postura e o papel da equipe de saúde e dos serviços, que deveriam passar a funcionar como apoio. A construção de objetos de investimento, isto é, construir sentido e significado para o trabalho sanitário conjunto, é um dos caminhos para ampliação das possibilidades de intervenção da equipe de saúde. Até porque a constituição de objetos de investimento nunca ocorre por ação unilateral dos profissionais, depende sempre do concurso ativo dos usuários.

A gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva é um meio para a constituição de vontade de mudança, bem como de um bloco de sujeitos comprometidos, em distintos graus, com projeto terapêutico individual ou sanitário, conforme for o caso em tela. O método procura identificar os sujeitos e organizações potencialmente implicados com o projeto: usuários interessados, equipes profissionais, rede social de apoio, bem como grupos com interesses contrariados e possíveis opositores ao projeto.

A criação de rodas – espaços coletivos – entre sujeitos implicados com o projeto é um passo metodológico importante; dessa interação é que deveriam surgir os problemas prioritários a serem enfrentados: alguns ofertados pela equipe profissional e outros demandados pelos próprios usuários. As ofertas dos profissionais se baseiam no conhecimento clínico e epidemiológico, bem como nos núcleos temáticos antes descritos. A gestão compartilhada da clínica ou do projeto sanitário depende da construção de contrato entre profissionais, usuários e outras pessoas envolvidas com o problema ou com organizações da rede de apoio. É óbvio que os papéis e as responsabilidades dos vários sujeitos envolvidos são distintos e devem ficar explicitados. Dessa interpretação devem surgir tarefas para os distintos atores sociais: intervenções clínicas, epidemiológicas, pedagógicas, diretrizes para reorganizar atenção à saúde e para alterar ambiente ou organização social. A definição dos sujeitos responsáveis e dos envolvidos em cada tarefa depende de seus papéis profissionais e da implicação de cada um com a situação.

Para o funcionamento reflexivo é importante realizar-se, de modo sistemático, a análise da sustentabilidade e dos resultados dessas intervenções. Essa reflexão sobre a prática é um excelente instrumento para diminuir as resistências estruturais de cada sujeito, bem como é importante para a redefinição do diagnóstico, da interpretação e da rede de tarefas anteriormente definidas.

Para encerrar esse ensaio, valeria repetir: dificilmente haverá projeto compartilhado, alguma forma de co-gestão, sem a construção de objetos de investimento que motivem usuários, equipes e redes de apoio a saírem de si mesmos sem abandonar-se.

Referências

- BOBBIO, Norberto.** *Teoria geral da política: a filosofia política e a lição dos clássicos*. Michelangelo Bovero (org.). Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner S.** Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.
- DELEUZE, Gilles & GUATTARI, Félix.** *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- DICIONÁRIO de mitos literários. Pierre Brunel (org.). 2ª. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.
- FREUD, Sigmund.** *Por que a guerra (Einstein e Freud)*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol XXII, p. 237-245. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, Sigmund.** Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol XII, p. 207-222. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- HARVEY, David.** *Condição pós-moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1993.
- JAMESON, Frederic.** *Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio*. São Paulo: Ática, 1996.
- KOJÈVE, Alexandre.** *Introdução à leitura de Hegel*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2002.
- MARX, Karl.** *O capital: crítica da economia política*. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultura, 1985.
- NICOLA, Ubaldo.** *Antologia ilustrada de filosofia: das origens à idade moderna*. São Paulo: Globo, 2005.
- RUSSELL, Bertrand.** *A history of western philosophy*. New York, published by Simon & Schuster, 1972.
- SCHÜLER, Donald.** *Heráclito e seu (dis)curso*. Porto Alegre: L&PM; 2001.
- STONE, I. F.** O julgamento de Sócrates. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

