




CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO

— * —

A Experiência de Humanização em Saúde no
Município de São Luís - MA



Jackson Coelho Sampaio
Ernani Vieira de Vasconcelos Filho
Lucyla Paes Landim
Andréa Coutinho
Cristiana Lima
Erasmus Miessa Ruiz
(Organizadores)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF



CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO

*

A Experiência de Humanização em Saúde no
Município de São Luís - MA



Jackson Coelho Sampaio
Ernani Vieira de Vasconcelos Filho
Lucyla Paes Landim
Andréa Coutinho
Cristiana Lima
Erasma Miessa Ruiz
(Organizadores)

1ª Edição
Fortaleza - CE
2019

Caminhos para o extraordinário: a experiência de humanização em saúde no município de São Luís - MA

© 2019 *Copyright by* José Jackson Coelho Sampaio, Ernani Vieira de Vasconcelos Filho, Lucyla Paes Landim, Andréa Coutinho, Cristiana Lima e Erasmo Miessa Ruiz

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Efetuado depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmo Miessa Ruiz

Diagramação e Capa

Narcelio Lopes

Revisão de Texto

Os organizadores

Ficha Catalográfica

Lúcia Oliveira CRB - 3/304

-
- C183 Caminhos para o extraordinário: a experiência de humanização em saúde no município de São Luís - MA [recurso eletrônico] / Organizado José Jackson Coelho Sampaio... [et al.]. - Fortaleza: EdUECE, 2019.
Livro eletrônico.
ISBN: 978-85-7826-776-6 (E-book)
1. Saúde - Brasil. 2. Humanização em saúde. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Saúde pública - Maranhão. I. Sampaio, José Jackson Coelho . II. Vasconcelos Filho, Ernani Vieira de. III. Landim, Lucyla Paes . IV. Coutinho, Andréa . V. Lima, Cristiana. VI. Ruiz, Erasmo Miessa . VII. Título. VIII. Série.

CDD: 362.10981

CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO:

A Experiência de Humanização em Saúde no Município de São Luís - MA

PREFEITO MUNICIPAL DE SÃO LUÍS

Tadeu Palácio

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Teresinha de Jesus Abreu

SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Rosangela Penha Gonçalves

EQUIPE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE

Alcina Maia Cardoso	Joserina Feitosa Belfort
Andréa Fernandes Coutinho	Justino César Penha
Antonio de Sousa Azevedo Neto	Karina Bordalo Rodrigues
Arlete Rose Oliveira Santos	Lília Maria da Silva Gomes
Camila Mendes de Abreu	Liliam Nascimento da Silva
Cecília Ruth Batista da Silva	Marcos Marques Saldanha
Cristiana Costa Lima	Maria do Socorro Viveiros
Danielle Pinheiro Nascimento	Maria dos Anjos Portela de Araújo
Edmeralda da Silva Reis	Regina Pereira Fonseca
Eliana Maria Santos Pinto	Sebastiana Barbosa Paes Landim
Eliane Maria Nogueira Perdigão Freire	Silvia Maria Godinho de Sousa
Flávia de Jesus Rodrigues Gomes	Terezinha de Jesus Santos
Francisca Cardoso de Lima	Yone Correia de Oliveira
Jacilene Dias Nunes	

EQUIPE DO LABORATÓRIO DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE – LHUAS/UECE

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Cleide Carneiro

Erasmio Miessa Ruiz

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho

José Jackson Coelho Sampaio

Islene Rosa

Luciana Mesquita Abreu

Lucyla Paes Landim

Este livro é dedicado a todos aqueles que diariamente
constroem o SUS de São Luís do Maranhão.

“Há sempre um imperceptível avanço para o adiante das coisas”

Guimarães Rosa

| SUMÁRIO |

CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO.....	10
-------------------------------------	----

Teresinha de Jesus Abreu

Caminhos e caminhar para além do ordinário	13
--	----

Marcos Pacheco

I ETAPA

DEMOCRACIA: O PONTO DE PARTIDA

Humanização nas práticas de atenção e de gestão em saúde: política, democracia, história e liberdade.....	17
---	----

José Jackson Coelho Sampaio e Cleide Carneiro

Humanização em Saúde no município de São Luís: uma práxis transformadora	40
--	----

Andréa Coutinho, Arlete Santos, Cristiana Lima, Danielle Araújo, Joserina Belfort, Maria Alcina Monteiro

II ETAPA

APROPRIANDO-SE DE CONCEITOS: O CAMINHAR

Descentralização, Cogestão, Gestão Participativa em Saúde	61
---	----

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho e Luciana Mesquita Abreu

A PNH no processo de formação dos GTH: potencializando movimentos coletivos para uma nova prática em saúde	73
--	----

Annatália Meneses de Amorim Gomes

III ETAPA

VIVENCIANDO EXPERIÊNCIAS: SUPERANDO AS ADVERSIDADES

Conversando sobre a morte com trabalhadores do SUS/São Luís: “alguém gostaria de morrer sozinho?”	99
---	----

Erasmus Miessa Ruiz

Relatos de experiências: o SUS se qualifica em São Luís..... 125

Andréa Coutinho, Arlete Santos, Cristiana Lima, Danielle Araújo, Maria dos Anjos Araújo, Maria Alcina Monteiro

IV ETAPA

A CHEGADA: O INÍCIO PARA UMA NOVA ETAPA

Avanços e Desafios do Grupo de Trabalho de Humanização..155

Andréa Coutinho, Arlete Santos, Cristiana Lima, Danielle Araújo, Maria Alcina Monteiro, Maria dos Anjos Araújo

Anexo I – Projeto Caminhos para o Extraordinário: A Experiência de Humanização em Saúde no Município de São Luis – MA.

Anexo II – Relação dos participantes do curso teórico

Sobre os autores 162



Caminhos para o Extraordinário

Teresinha de Jesus Abreu

A publicação desta obra é resultado de uma feliz parceria que traduz a experiência vivenciada no cotidiano de trabalhadores, gestores e usuários do sistema de saúde do município de São Luís. O seu registro objetiva não apenas beneficiar os sujeitos diretamente envolvidos na sua construção, mas pretende servir de reflexão a todos aqueles que desejam pavimentar a extraordinária trilha da humanização dos seus serviços de saúde.

A Prefeitura Municipal de São Luís tem como princípio a valorização do ser humano em todas as suas dimensões. Por esse motivo a sua atual gestão tem implementado ações comprometidas com a melhoria da qualidade de vida de todos os seus municípios.

A Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, em sintonia com esta concepção, entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade entre eles, no estabelecimento de vínculos solidários e na participação coletiva no processo de gestão, o que pressupõe mudanças no modelo de atenção à saúde. Essa tarefa, portanto, convoca todos, gestores, trabalhadores e usuários, a participação ativa em sua construção.

Entende-se que humanizar a assistência significa agregar eficiência técnica e científica, aos valores éticos, a solidariedade e o respeito ao ser humano. As ações de assistência à saúde da população devem sempre valorizar a vida humana e a cidadania, considerando as circunstâncias sociais, étnicas, educacionais, psíquicas e culturais de cada indivíduo. Deve ser pautada no contato humano, de forma acolhedora, sem juízo de valores e contemplando sua integralidade.

No ano de 2006 foi lançada oficialmente a Política Municipal de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde de São Luís - PMH/ São Luís, com objetivo de desenvolver e implementar ações de humanização na assistência aos usuários e nas relações que travam com as instituições e, internamente, naquelas que acontecem entre os próprios trabalhadores da saúde. Com esse objetivo, em setembro de 2006, foi realizado o I Seminário de Humanização, cujo tema foi “Cidadania e Humanização: Caminhos para a Efetivação do SUS” que contou com participação de 536 pessoas.

Com o advento desta política, tem-se desencadeado um amplo processo de discussão com todos os segmentos (trabalhadores, usuários e gestores) em cada uma das Unidades de Saúde do Município, destacando-se a criação de 66 Grupos de Trabalho de Humanização – GTH envolvendo 430 pessoas entre gestores, trabalhadores e usuários em permanente processo de capacitação. Ressaltando como diferencial a participação dos usuários nesse contexto.

Outras iniciativas e projetos de humanização também foram desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde nas diversas unidades que compõe sua rede assistencial, como a capacitação em relações interpessoais, totalizando de 5.783

trabalhadores, demonstrando a importância que o tema representa para esta Secretaria.

Muito já tinha sido feito, contudo era necessário fazer mais que o ordinário. Era preciso ultrapassar os limites, enfrentar os desafios de reordenar o estabelecido para deixar a vida acontecer e, de modo coletivo, tomar consciência de também estarmos acontecendo com ela.

Cada um dos trabalhadores deve fazer uma nova rota, uma nova trilha, e assim reinventar um mundo mais humano, mais solidário, construindo “CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO”. Este livro é oferecido a todos os membros do GTH, com objetivo de difundir e registrar um momento especial do processo de humanização desenvolvido na SEMUS, lembrando a cada trabalhador, gestor e usuário que tem a tarefa difícil, porém gratificante de fazer com que a PMH/ São Luís se consolide. A atuação conjunta será como uma semente que dará frutos e se multiplicará, gerando novos frutos, que serão mais doces, mais extraordinários.

Finalmente, é conveniente ressaltar que esta obra não seria possível sem o apoio político e técnico do Ministério da Saúde, da Coordenação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – PNH, dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde, do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS, da Universidade Estadual do Ceará – UECE, de todos que formam o GTH das Unidades de Saúde - trabalhadores, gestores e usuários - que se dispuseram em participar da implementação da Política Municipal de Humanização.

Terezinha de Jesus Abreu
Secretária Municipal de Saúde de São Luís

| INTRODUÇÃO |

Caminhos e caminhar para além do ordinário

Marcos Pacheco¹

São tantos os caminhos a caminhar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS com vistas à sua melhoria que, às vezes, nos deparamos com barreiras aparentemente intransponíveis. O debate mais recentemente travado em torno da necessidade de humanização na atenção e na gestão do sistema de saúde, formalizado na denominada Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH (HumanizaSUS), constitui-se em um desses enfrentamentos extremamente desafiantes.

De fato, em que pesem o que se pode apontar como os pontos críticos do SUS, na tríade subfinanciamento, gestão truncada e serviços pouco resolutivos, uma questão se destaca como subproduto. É a questão da assistência deshumanizada. Mas o que seria essa “assistência deshumanizada”? Seria um neologismo técnico ou uma nova categoria gerencial? Ou, por outro lado, seria a precarização das relações entre o usuário e os serviços de saúde?

Acompanhando as tensões que envolvem as alongadas discussões sobre o tema, a realidade parece apontar que é tudo

¹ Médico sanitarista e doutor em políticas públicas; atualmente assessor técnico de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (MA).

isso junto e talvez ainda tenha mais elementos a serem agregados. E esse não é um tema novo, vem sendo discutido desde a XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2000, que tinha como lema “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”. Desde essa época já se propunham interferências nas políticas públicas de saúde que pudessem superar os vários problemas apontados. No biênio 2000/2002, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH iniciou algumas ações em unidades hospitalares, com o objetivo de criar comitês de humanização voltados para a melhoria da qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente, ao trabalhador.

Ocorre que, considerando o cenário da “tríade crítica”, as propostas de programas específicos no âmbito da humanização dos serviços não encontraram terreno fértil. Muito ao contrário, ao mesmo tempo em que usuários apontavam a necessidade de melhorar o acolhimento nas unidades de saúde, os gestores das unidades e os profissionais da saúde, eventualmente banalizavam as ações. E isso talvez possa ser explicado devido ao fato de que a primeira roupagem da política de humanização, embora não fosse, parecia ser apenas uma inovação tecnológico-gerencial, uma espécie de “qualidade total” na saúde. Talvez por não estarmos preparados para entender a necessidade de humanizar o que é humano, genericamente, a política não tenha sido bem compreendida.

Este livro relata a incorporação da PNH no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís do Maranhão. São recuperados alguns momentos desafiadores que, de algum modo, refletem o trabalho que se desenvolveu durante todo o período, que inclui, desde o início, os diferentes caminhos

percorridos nessa busca pela insistente e incansável busca de melhoria da qualidade do atendimento nas nossas unidades de saúde. **E esses caminhos, como também o próprio caminhar, já nos mostrou que a solução é o sobre-esforço, é ir além do ordinário, é buscar o extraordinário.**

Isso significa que não entendemos o processo de incorporação e consolidação dos princípios que regem a PNH, como algo fragmentado ou sem um conceito bem delimitado. Não se trata de paternalismo, assistencialismo ou clientelismo disfarçado de voluntarismo. Imaginamos uma Política Municipal de Humanização construída coletivamente. E isso é tão significativo para nós que nos obriga a garantir espaço formal e real de participação nos nossos Grupos de Trabalho de Humanização-GTH das unidades de atenção secundária/terciária e dos territórios de atenção primária, de atores e agentes representativos dos usuários.

São essas e outras experiências que gostaríamos de dividir e, sobretudo, reafirmar que se trata apenas de alguns caminhos e de uma inquietude pacífica no caminhar, rumo à tão almejada qualidade da assistência no âmbito de uma das maiores políticas sociais do nosso país – a política de saúde. Temos consciência que a passagem do formal (programas, portarias e decretos) para o real não é um percurso fácil, contudo, sabemos também que o caminho tem que ser percorrido. São, portanto, caminhos para o extraordinário.

Boa leitura.



I ETAPA

**DEMOCRACIA: O PONTO DE
PARTIDA**



Humanização nas práticas de atenção e de gestão em saúde: política, democracia, história e liberdade

José Jackson Coelho Sampaio² e Cleide Carneiro³

1. INTRODUÇÃO

As oficinas, coordenadas por nós, nas várias turmas do ciclo de formação **Caminhos para o Extraordinário: humanização no SUS em São Luíz/Ma**, como parte fundamental do processo de implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde - PNH nos estados do Ceará, Piauí e Maranhão, tiveram como tema central os conceitos de política, liberdade, democracia, humanização, atenção, gestão e saúde.

O método foi o da PNH, que postula a tensa dialética entre princípios gerais e práticas singulares, desafiando os presentes à experiência da grupalidade e do protagonismo, no cenário da fascinante história da cidade de São Luis - portuguesa, indígena, francesa, negra – e do grande atraso relativo na implantação do SUS, atraso decididamente enfrentado pela atual gestão municipal.

2 Médico Psiquiatra, Mestre e Doutor em Medicina Social, Professor Titular em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará-UECE, Coordenador Nordeste da PNH/MS.

3 Assistente Social, Mestre e Doutora em Serviço Social, Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará-UECE, Consultora da PNH/MS.

Uma vez por semana, durante oito horas por vez, manhã e tarde com um almoço conjunto no próprio lugar da formação, evitando as formas eruditas, incorporando a dança e o riso, mas seguindo o rigor da lógica científica e da construção consensual de conceitos e categorias, fomos de Aristóteles a Marx, na linha do pensamento, e das cavernas pré-históricas à guerra do Iraque, ao modo de situações sócio-dramáticas.

2. POLÍTICA

Vamos fechar os olhos e retroagir 60 mil anos na história, por exemplo. Os seres humanos já se agrupam e ocupam cavernas. Eles percebem a gravidez e o nascimento de seres iguais a eles, sobretudo percebem as condições especiais que cercam a gravidez, em seu amadurecimento, e o crescimento de crianças. Então é preciso dividir tarefas, segundo gênero, e daí, remotamente, instala-se a tradição de homens na caça e na guerra, depois na rua e no poder, e a tradição das mulheres nas crias e na coleta, depois na família e na domesticação de plantas e animais. Há conhecimento, há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons inarticulados e de mímica, então há política.

Estes mesmos seres humanos, por este mesmo período, nas savanas ou nas florestas africanas, deram-se conta do perigo da noite, da vulnerabilidade do sono nas noites, e da necessidade de que alguém permanecesse vigil. Uns, aqueles poucos que a biologia determina vida noturna, se voluntariam para a tarefa de guardar o grupo, de defendê-lo contra predadores, da mesma espécie ou outros animais carnívoros

e ferozes. Mas, quando não há voluntário, ficará de vigia o mais fraco? Os fortes o obrigam, mas será de pouca valia, pela própria fraqueza e pela rebeldia secreta. Quem ficará de vigia? Há conhecimento, há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons inarticulados e de mímica, então há política.

Podemos entender política como a arte de articular interesses e soluções para o benefício da sobrevivência de um grupo de seres humanos, fundamentada em compreensão das necessidades, formulação de um projeto, pactuação para o cumprimento das soluções, exposição de um bem comum resultante. Deste modo, política é experiência co-natural ao desenvolvimento da humanidade e genérica a todas as dimensões de nossa vida. Faz-se política na família e no trabalho, na igreja e no partido político, na vizinhança comunitária e no Estado.

É hora de darmos um salto de 30 mil anos e observarmos o nascimento das cavernas artificiais. Crescimento de população, falta de proteção natural, o que tenha acontecido precipitou o surgimento do simulacro de caverna – oca, tenda, casa -, mantida a lógica do agrupamento para proteção: taba, acampamento, vilas. Surgem as cidades e é preciso defender a todos dos predadores humanos e animais, é preciso garantir proteção àqueles em situação de fragilidade relativa, é preciso garantir a reprodução e a manutenção da memória coletiva na cabeça dos anciões.

As diferenças se acentuam e surgem privilégios: quem será protegido primeiro? quem ficará no centro da taba? quem andarás pelas guerras e, peões avançados, descobrirá novos lugares de caça, novos lugares de pesca, novos frutos e novos

climas? Há conhecimento, há percepção de necessidades e de diferenças, há negociação em grupo, sedução e repressão, com longas trocas de sons cada vez melhor articulados e de mímica cada vez mais expressiva, então há política. As necessidades se tornam mais complexas. Cada solução gera novas necessidades. As diferenças se acentuam, se coagulam e são justificadas por tradições e simbolismos. Os modos de produção de conhecimento já são, pelo menos, três: Senso Comum, Religião e Arte. A linguagem do trabalho e o trabalho da linguagem costumam idéias e cotidianos. Surge a cidade e o primeiro processo de especialização da política, na hierarquia dos poderes em formação: chefe e xamá, alguns passam a deter conhecimentos especiais.

Avancemos 20 mil anos. Acelera-se o motor da história humana e, juntamente, simultaneamente, um como condição para o outro, surge o Estado e a idéia de Civilização. Em Ur, na Caldéia, no delta de dois grandes rios, hoje, neste trecho, unificados, o Chat el Arab, canal que une o Tigre e o Eufrates, no sul deste infeliz Iraque, pasto de ditaduras locais e ganância de impérios.

A especialização do poder no Estado, exercido como reino, império, república, aprisiona a política no Estado, como muito bem irá teorizar, mais de nove mil anos depois, Nicolau Maquiavel. É claro que existe a política como fenômeno, a consciência do processo político, as teorias filosóficas sobre o processo político e as teorias científicas sobre o processo político. Há 2.600 anos, na Grécia Clássica, um outro modo de produção de conhecimento, a Filosofia, portanto a Filosofia Política, é concebido. Há 500 anos, no Renascimento, concebemos a Ciência e a Ciência Política.

Para Maquiavel (Gruppi, 1980), o Estado age segundo leis próprias, a política é sua ação, definida como a arte do possível. O que justifica a existência do Estado é a garantia da segurança, a tarefa de administrar a moral pública, ajuizando se os comportamentos dos indivíduos e dos grupos foi resultado de escolha ou de necessidade. As finalidades do Estado são: a unidade como felicidade, o bem comum a cada um, o viver livre do medo. A Ciência Política passa a ter por objeto a política, concebida como a ação do Estado. E assim segue o processo de complexificação da prática política, por todas as instâncias da vida social, mas de especialização da percepção, que a torna estranha à vida comum e a aloca exclusivamente no Estado.

Do conjunto de grandes movimentos, denominados genericamente de Revolução Francesa, emerge a divisão de poderes entre executivo, legislativo e judiciário, emerge a pactuação de Constituições para regular a prática do Estado, emerge a universalização da república e as eleições e os Partidos Políticos e a profissionalização da prática política.

Hoje, para o senso comum, política é o que os políticos fazem. Conceito que convive com o de política como ação própria do Estado e com uma vaga evocação dourada de que o ser humano vive em comunicação e relação, portanto a política é sua própria natureza. A própria idéia de política como ação do Estado se especializa e se fragmenta, por campo de intervenção: política econômica, política social, política de saúde, política de saúde bucal etc etc etc.

Para a filósofa Marilena Chauí (Chauí, 1993), as sociedades contemporâneas, depois de 500 anos de desenvolvimento do modo de produção das condições de existência denominado Capitalismo, precisa articular três espaços de realização

política, cada qual com sua ética própria: aquele próprio do Estado, focado no direito, aquele próprio do Mercado, focado no interesse, e aquele próprio das Famílias, focado no sentimento. Mas a Humanização em Saúde concebe de outro modo: as logísticas são três, mas a ética, a suturar as três dimensões da vida social humana contemporânea, deve ser a mesma.

Política, cidade, estado, partido político, política como profissão – a partir destas palavras e expressões 60 mil anos de humanidade podem ser contemplados. Mas ainda não discutimos as formas de expressão da política, se autoritária ou democrática, por exemplo.

3. LIBERDADE E DEMOCRACIA

Agora, permitam-nos e permitam-se ir aos dicionários. A Wikipédia comprova que liberdade, por exemplo, não tem sido problema para a Ciência, mas é problema para todas as escolas filosóficas, dos clássicos gregos aos frankfurtianos, dos metafísicos aos dialéticos, dos idealistas aos materialistas: liberdade, o que é? liberdade, por quê? liberdade, para que? liberdade, como? Um Dicionário Etimológico (Cunha, 2000), pára na origem latina, *liber*, e sua entrada, no século XIII, na língua portuguesa, simultaneamente com *mental*, *mens/mentis*, e com saúde, *salus/salutis*. Estamos tratando de palavras velhas, pois, por volta de 800 anos circulam na língua portuguesa e são herdeiras de, no mínimo, outros 1.500 anos de mundo romano e medieval latino.

Aquele antigo *liber* vem sendo expandido, traído, afirmado, rejeitado, cultuado, como a condição de estar solto, espontâneo, não medido, não ocupado, sem constrangimentos

e sem dono. Um Dicionário Lexicográfico (Houaiss, 2001) nos faz caminhar pelas áreas do conhecimento por onde a palavra *liber* circula, com seus sentidos específicos (Filosofia, Direito, Política, Economia, Sociologia) e por 50 palavras dela derivadas: de liberdade a libertinagem, de libertário a liberticida, de liberalismo a libertação, passando de algo interior, subjetivo, para algo exterior, objetivo, passando de qualificativo positivo a qualificativo negativo. O que há de liberdade no libertino, por exemplo? O que há de liberdade de pensamento na ditadura do pensamento único do neoliberalismo, outro exemplo? Ah, quanta guerrilha dos interesses procurando ocupar o corpo oco das palavras? Cada significado está sempre sob fogo cruzado, contestado, com limites móveis, fluidos.

Vasculhando os 30 sentidos apresentados pelo Dicionário Lexicográfico do Houaiss, é possível construir quatro grandes matrizes de significado para a palavra liberdade. Vejamos:

- **Estado de tudo o que se encontra desimpedido, não é cativo ou dominado, está solto de empecilhos e constrangimentos.**

Mas, tal estado existe? E este “tudo” inclui os demais seres vivos e os minerais? Como estabeleceríamos liberdade para a pedra e para o chimpanzé, submetidos às leis naturais ou aos instintos e ofertas concretas do meio? No caso dos seres humanos, os limitantes da força física, da constituição biológica, do relógio genético, das tendências psicológicas da personalidade e da permanente negociação com os interesses dos outros e com as molduras socioeconômicas estariam fora do

conceito? Estar-se-á conceituando pelo contrário, por absurdo, pelo que não é?

- **Possibilidade de qualquer indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo de expressar-se.**

Aqui estamos no reino dos seres humanos, revelando a diversidade interna das populações, na tensão natureza e cultura, na tensão essência e aparência, e, portanto, é-se capaz de desejar, conceber e exprimir, em movimento que parte da subjetividade para a objetividade, imerso na lógica do penso, logo existo. Então, liberdade seria poder expressar o que se deseja e se concebe independente da forma e dos resultados? E seria bastante a garantia de ser possível, sem o exercício prático e sem retroalimentação?

- **Grau de independência estabelecido, a cada momento histórico, como valor máximo, por indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo, estabelecendo direitos e deveres em relação a um poder.**

O conceito avança para o histórico, para o exercício prático, para as faixas probabilísticas, de um mínimo a um máximo, para a produção de valores, critérios, direitos e deveres pactuados. E revela a essência do político que é a negociação de interesses nas condições concretas de existência de poderes. Liberdade passa a ser liberdade de escolher, dentro de um pacote de opções, mas exclui a história da constituição do pacote de opções e do poder, dados como naturais, fadados.

- **Aptidão por meio da qual indivíduo, comunidade, classe, estrato social ou povo, compreende as leis históricas, realiza escolhas autônomas e pode transformar a realidade, visando satisfazer necessidades subjetivas e objetivas e determinar a produção da organização social e de si mesmo.**

O conceito se expande, alcança alto grau de abstração e de criticidade, colocando o ser livre em luta ativa por criar o mundo e se criar, simultaneamente transformando subjetividade em objetividade e objetividade em subjetividade. Escolha, autonomia, interdependência, interdeterminação, necessidade, produção de sujeito e produção de sentido, compõem o dicionário que a palavra liberdade constitui.

É a questão da liberdade que fundamentará a concepção e as práticas da democracia. Os gregos clássicos conceberam a palavra e sua prática como parte da liberdade dos atenienses de controlarem o Estado, prevenindo seu isolamento e seus abusos. Aquela democracia era direta, todos os aristocratas, sistematicamente, em grandes assembléias, eram ouvidos na *Ágora* e todos os gregos livres eram ouvidos no *Areópago*, mas era elitista, pois excluía 70% dos habitantes, os escravos, entendidos como “coisas falantes”.

A Revolução Francesa concebeu a democracia participativa, caracterizada por sufrágio universal, competição de grupos políticos (partidos), liberdades políticas sob império das leis que regulam direitos e deveres e eleição de representantes dos conjuntos de interesses sociais nos poderes legislativo e executivo. O Socialismo e a Social-Democracia conceberam a

democracia participativa, que inclui sistemas de controle do sistema de representação, por meio de conselhos populares.

Os Dicionários de Tom Bottomore (Bottomore, 2001) e Norberto Bobbio (Bobbio, 1998) nos ajudam a entender o percurso do conceito democracia. Existem três grandes matrizes conceituais: a) democracia, como governo de todos, distinguindo-se do governo de poucos (aristocracia) e do governo de um (monarquia); b) democracia, como governo que extrai sua força da soberania popular ascendente (da base para os governantes), distinguindo-se das soberanias descentes, derivadas do príncipe ou de deus; e c) democracia, como forma de poder característico das repúblicas, regulador de direitos e deveres entre desiguais.

Para os fins de nossa conversa, podemos estabelecer um consenso em torno da definição de democracia como um método, um conjunto de critérios e procedimentos para a organização dos governos e para a produção de decisões que interessam à comunidade, asseguradas a liberdade de expressão e a igualdade de direitos perante a lei. A democracia permite que os minoritários sejam ouvidos, sem temor de sanção, e que os fracos sejam protegidos da submissão pelos fortes.

A experiência democrática brasileira é mínima: 20 anos entre o Estado Novo de Getúlio Vargas e a Ditadura Militar (1945-1964) e 22 anos entre a Ditadura Militar e os dias de hoje (1985-2007). São, portanto, 42 anos de experiência democrática, em 500 anos de desenvolvimento sócio-político-econômico sob lógica européia, e não diretos, mas interrompidos por 21 anos de exceção militar. Nossa experiência caracteriza-se pelo modelo da Democracia Liberal Burgue-

sa, centrada no modo de Democracia Representativa, mas, como é superficial e truncada, tende sempre para a queda na perversão da, digamos, Democracia Delegativa (não sabemos em quem votamos nas últimas eleições, não fiscalizamos os mandatos e seus titulares não nos prestam conta).

Há, palidamente, instrumentos de Democracia Direta, pouquíssimamente usados. Nestes 42 anos, o povo foi consultado uma vez se queria retornar à Monarquia ou manter a República (ganhou a República), uma vez se queria o Parlamentarismo ou manter o Presidencialismo (ganhou o Presidencialismo) e uma vez se queria proibir ou não o comércio livre das armas de fogo (ganhou o não). Tudo pouco, mal explicado, sobre mar de ignorância e desinformação, com estranhos interesses mobilizando os meios de comunicação de massa.

No campo da saúde, o SUS introduz elementos de Democracia Participativa, por meio das Conferências Nacional, Estaduais, Municipais e Locais de Saúde e dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais e Locais de Saúde. Mas também o funcionamento é ainda precário, com hegemonia dos executivos sobre os conselheiros (prefeiturização) e tendência à queda na perversão da, digamos, Democracia Corporativa (o conselheiro passa a representar seu estrato social de origem, não os interesses do coletivo, ié, cadeirante quer aumento da distribuição de cadeira de roda, hipertenso quer aumento da distribuição de medicamentos antihipertensivos etc).

4. HUMANIZAÇÃO.

Devemos considerar, por um lado, que humanização é uma problemática, sem definição categórica, pois constitui construção processual, refeita a cada momento histórico. O que identificamos como humano, humanitário, humanístico e humanismo, hoje, é bastante diferente do que identificávamos há 100, 200 anos atrás. Por outro lado, humanização é uma utopia, uma insatisfação presente e um desejo projetado no futuro, em cima da consciência das carências vividas e das perdas enfrentadas no passado, que foi capaz de gerar um desconforto, um mal estar, uma infelicidade, imediatamente transformados em desejo por uma vida melhor, autônoma, crítica e livre.

Humanização não cabe em recortes positivos, categóricos, quantitativos ou técnico-operacionais e a visão necessária é a da complexidade. Estamos no terreno do qualitativo, do dialético, do sutil, do subjetivo, do histórico, do analítico-crítico. Estamos no terreno do entre, do inter e do trans, seja setorial, disciplinar ou profissional.

As práticas de saúde, formuladas como política, na ordem do direito, é conquista muito recente da humanidade. Se compararmos 1808 e 2008, estes últimos duzentos anos, podemos perceber, objetivamente, mudanças extraordinárias:

- **As profissões se multiplicaram** – Tínhamos uma profissão no campo da saúde, a médica, e hoje temos 14 formalmente reconhecidas como profissões da saúde, por formação. Inúmeras outras podem ser da saúde, por atuação, como é o advogado, o engenheiro e o administrador, por exemplo. As diferenças de formação e de *status* profissional repercutem em inúmeras tensões inter-corporativas.

- **As especializações se multiplicaram** - A Medicina apresentava três especializações: clínico, cirurgião, obstetra. Hoje, são reconhecidas 67 especialidades médicas. A Enfermagem acompanha estas especializações e cada uma das demais profissões tem as suas. O volume e a complexidade do conhecimento acumulados pela humanidade impõem a especialização, e a fragmentação da especialização só é superável pelo corpo coletivo de trabalho, exigindo novas formas de gestão do trabalho.
- **Os serviços se multiplicaram** - Os lugares de cuidado eram a casa do cliente e a do médico, os asilos de exclusão e os hospitais, ainda não lugares de projetos terapêuticos. Hoje temos urgências e emergências, unidades básicas de saúde, centros de especialidades, hospitais secundários e terciários, hospitais gerais e especializados, UTI/CTI, ambulâncias etc. Está voltando a casa do cliente, para o *home care* ou a interação com o PSF. A ideia não é mais só de serviço, é de sistema e rede, com referências, hierarquias e pactos horizontais.
- **A complexidade dos serviços foi incrementada** - Aqueles poucos lugares de cuidado podiam apresentar até grandes dimensões físicas, mas eram gerenciados por equipes muito pequenas e atendidos por equipes menores ainda, com mínima agregação de competência, ausência de direitos trabalhistas e tecnologias rudimentares de diagnóstico e de tratamento. A organização interna era simples, o trabalho por repetição, o projeto terapêutico era pouco resolutivo.

- **Institucionalização/Burocratização** - Tantos profissionais, especializações e serviços, de cada vez maiores complexidades, passaram a exigir variados dispositivos de ordenamento, regimentos, normas, protocolos, agigantamento dos meios, procedimentos financeiros e contábeis, controle de freqüências e de produtividade, tudo para dar conta das multidões empregadas, dos recursos gastos, dos processos técnicos de produção e dos produtos, sempre no limite entre as necessidades administrativas e a hipertrofia burocrática, a auto-reprodução da máquina.
- **Mercantilização/Industrialização** - O cuidador individual, que recebia honorários pelo seu trabalho, e os serviços fundados na filantropia foram totalmente substituídos pela empresa médica, pela indústria de equipamentos, pela indústria farmacêutica, pelos planos de saúde, com universalização do dinheiro como equivalente das mercadorias e das acumulações de capital. Poderes transnacionais submetendo estados nacionais, povos, profissionais e clientes.
- **Democratização/Massificação** - A transformação da saúde como um valor civilizatório inalienável e o incremento da cultura democrática no Estado e na sociedade obrigam à universalidade do acesso, com garantia de qualidade técnica. Realizar o acesso universal, gratuitamente, com adequada qualidade técnica e orçamentos finitos e constrangidos por um desenvolvimento econômico pouco dinâmico e autônomo, levam ao paradoxo da massificação.

- **Paradigmas em Contradição** - Se até o século XVII dominava a concepção de saúde como graça recebida de Deus por motivo da virtude (donde doença como desgraça, castigo de Deus por motivo do pecado), entre os séculos XVIII e o XX consolidaram-se, em contradição, os paradigmas da saúde como bem comercial, valor de troca, preço num mercado (daí, mais posse de dinheiro deve significar mais saúde) e como direito humano, valor de uso intrínseco e inalienável. O SUS articula-se em torno da idéia de saúde como direito de todos e dever do Estado, num panorama político-social totalmente distinto da ausência de responsabilidade pública que caracterizava o início do século XIX, focado na filantropia, na espera pia da morte, na entrega dos casos à fatalidade.

A construção de uma política de humanização em saúde nasce para incrementar os resultados positivos deste processo histórico, como a multiplicação de conhecimentos, a ampliação da capacidade de prever e de observar, a competência em intervir e aumentar a expectativa de vida. E também para superar os resultados negativos deste processo histórico, como a superespecialização, a perda do sujeito em meio aos fragmentos do corpo, o foco no sintoma e não na doença, o foco na doença e não no doente, o foco no tratamento e não na promoção de saúde, constituem óbices dramáticos.

Pensada nas dimensões ética, política, econômica, cultural, estética, organizacional de sistema/rede, organizacional de serviço, técnica e psicossocial, a humanização em saúde é herdeira de pelo menos três mil anos de história:

- **Filosofia Clássica Grega** - A posição do ser humano como vítima de forças cósmicas e da malícia dos deuses, isto é, o desamparo do ser humano frente à natureza e aos mistérios, encontra na Filosofia Grega Clássica seu primeiro esforço de superação: a natureza tem leis que podemos decifrar com nossa razão, existimos em relação de autonomia relativa frente aos deuses e há algo que nos é próprio.
- **Cristianismo** – Se o ser humano é expressão de Deus e se a essência de Deus é a misericórdia e o amor, então o ser humano precisa aperfeiçoar-se para a realização plena de seu vínculo com Deus. A inteligência humana é ferramenta do vínculo e deve ser trabalhada em toda a multiplicidade de suas dimensões.
- **Renascimento/Iluminismo** – Aquela razão que decifra e aquele algo próprio pensados no mundo grego, aquela expressão com relativa autonomia e a aperfeiçoável ferramenta da inteligência humana pensadas pelo cristianismo, são repensadas e postas no centro do cosmo. O ser humano como medida de todas as coisas, sua capacidade artística, filosófica e científica, suas habilidades e sentimentos.
- **Socialismo** – O humano não é mais o centro, é o próprio cosmo, então somos o que formos capazes de produzir. Pelos caminhos da história, dinamicamente, produzimos e distribuimos riqueza, poder, sentidos e sujeitos. A tarefa de nos construirmos é nossa.

Nestes três mil anos de história, pelo menos quatro grandes caminhos têm sido trilhados:

- **O humano como superação do animal** - O que nos torna diferentes de qualquer outro animal, dentro da lógica evolutiva das formas de vida, é a posse de um conjunto de habilidades físicas e mentais, o bípede ereto, as circunvoluções cerebrais, a consciência, o devir histórico. Nossa palavra-chave, neste caminho de evolução das formas de vida, é **Hominização**.
- **O humano como superação do bárbaro** - A civilização tecnológico-dependente, fundamentada no dinheiro, será humanamente melhor que tudo o que aconteceu antes ou fora dela? Neste caminho, onde a palavra-chave é **Civilização**, fica bem mais difícil definir, valorativamente, uma evolução das formas de organização social.
- **O humano como superação da coisa** - Não existe, radicalmente, a possibilidade do cuidado em saúde ser totalmente absorvido pelo trabalho morto das máquinas e pelos *proceedings*. A máquina, objetivamente, acelera velocidade e reduz margem de erro, mas não substitui o vínculo de expectativas, esperanças e temores, de contradições e ambigüidades, que põe um trabalhador de saúde e um cliente diante da face um do outro. A palavra-chave, neste caminho entre duas pessoas, é **Subjetividade**.
- **O humano como superação de alienado** - Aqui estamos trilhando as vias da conscientização, isto é, da autonomia, da liberdade, da democracia, da construção coletiva de significados, valores e destinos. A palavra-chave, neste caminho, é **Emancipação Crítica**.

5. ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE.

A árvore conceitual que envolve gerente, gerência, gerenciamento, gerir, gerencial, gestão, por exemplo, deriva de um prefixo latino, *gest/gero*, que indica, desde suas formulações primitivas, o ato de “executar” ou de “encarregar-se voluntariamente de algo”. O desenvolvimento histórico, da sociedade e dos conhecimentos, constitui a árvore conceitual e adiciona novos sentidos. No SUS tornou-se hábito diferenciar gerência de gestão, pelo fato de se adicionar ao segundo termo o poder de ordenar despesas.

Considerando a descentralização e a territorialização, surge o conceito de local, que vem do *locus/loci* latino, originalmente tradutor do *tópos/topói* grego, sempre designando sítio, lugar, ponto específico de um espaço ou território. No caso do SUS o lugar é o município ou uma região dele (distrito, área), na dependência do tamanho/população. O gerenciamento de um sistema local relaciona-se diretamente com a maneira pela qual o objetivo ou os objetivos de uma política (de saúde, por exemplo) deve ser alcançado, por meio das atividades das pessoas que compõem a organização (da saúde, por exemplo).

O gestor ou gerente precisa apresentar vocação (gosto e disponibilidade), liderança (carisma, capacidade de ver à frente, capacidade de assumir riscos), respeitabilidade (competência política, competência técnica e honestidade verificada pelos demais). Na modernidade dos Estados democráticos, o gestor ou gerente precisa dispor de dois instrumentos fundamentais:

- Planejamento: conjunto prévio de informações, processos e técnicas para a tomada de decisão.

- Participação: articulação política capaz de proporcionar a responsabilização dos destinatários/beneficiários.

A gestão/gerência, de sistemas, serviços, programas ou projetos, tem objetivos específicos, associados ao lugar na rede e a características próprias (níveis de atenção, assistência ou habilitação; corte populacional ou por grupo diagnóstico; alta, média ou baixa complexidade, etc.), mas não pode desligar-se dos objetivos gerais do SUS, associados aos seus princípios: equidade, eficácia, eficiência, qualidade e humanização.

Eugênio Vilaça Mendes (Mendes, 1998) diz que o modelo brasileiro de gestão da saúde está sendo capaz de mobilizar, criativamente, algumas heranças muito importantes, oriundas da Reforma Sanitária Holandesa (hierarquização, redução da rede hospitalar, fidelidade micro-organizacional aos objetivos macro-políticos em saúde), da Reforma Sanitária Canadense (racionalização, alta tecnologia ambulatorial, concepção paradigmática de rede e de cidade saudável) e da Atenção Gerenciada Norte-americana (medicina baseada em evidência, pagamento por captação e avaliação econômica de custo).

Os passos mais importantes de um novo processo de gestão/gerência em saúde podem ser os seguintes:

- Da cura/reabilitação para a promoção/prevenção;
- Da polaridade hospital/ambatório para multiplicidade de locais de atenção;
- Dos equipamentos de baixa para os de alta escala;
- Da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial;
- Da atenção secundária e terciária para a primária;

- Da atenção hospitalar e ambulatorial para a domiciliar;
- Da atenção não resolutive para de alta resolutividade;
- Do hospital geral para hospital de episódios agudos;
- Da intuição clínica para as intervenções baseadas em evidência;
- Do ambulatório de baixa para alta densidade tecnológica;
- Da exclusividade da medicina científica para as práticas alternativas;
- Da exclusividade da prática profissional para a valorização do auto cuidado;
- Da separação propedêutica/cura para sua integração;
- Dos procedimentos invasivos para os não invasivos;
- Dos protocolos para a clínica ampliada;
- Da atenção em serviços de saúde para serviços sociais;
- Da mesma maneira, além dos passos, é necessário conceber os componentes necessários ao processo;
- Gestão dos riscos populacionais (educação em saúde, promoção em saúde, interdisciplinaridade, intersetorialidade, ação comunitária para o controle do próprio destino);
- Gestão da oferta e busca de economia de escala, sem prejuízo da qualidade e dos projetos baseados em vínculo;
- Mudança no papel e nas funções dos hospitais (lugar exclusivo para eventos agudos, uso intensivo do hospital-dia, aperfeiçoamento da alta);
- Mudanças tecnológicas de impacto e uso crítico, tanto da telemática, como dos protocolos;

- Atenção primária resolutive, combinada com práticas alternativas, atenção domiciliar e estímulo ao auto cuidado;
- Uso de serviços sociais e prática universal do acolhimento.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sociedade e o Estado brasileiros se enamoraram em 1986, quando, em pleno início do processo de democratização, pós Ditadura Militar, o governo Sarney convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde e o SUS foi sonhado.

O casamento, de papel passado e tudo, aconteceu em 1988, quando o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde transformou-se em letra constitucional, parte integrante de nossa Carta Magna Cidadã.

A Constituição incorpora decisões de aplicação automática, mas outras precisam de leis complementares, que desdobrem logísticas e procedimentos de implantação, e deste modo, ao final de 1990, a Presidência da República, em plena crise da transição dos governos Collor e Itamar, sanciona a Lei Orgânica da Saúde e o SUS é fecundado.

Uma legislação aprovada em fim de ano, após aprovação do orçamento do ano seguinte, não permite que investimentos e custeios sejam realizados, assim o ano de 1991 transcorreu em clima de negociação financeira, com a aprovação da primeira Norma Operacional Básica do SUS, que, então, efetivamente, nasce em 1992.

O SUS tem 15 anos de vida prática, nas condições mais complexas possíveis: iniciativa socializante em Estado sob

hegemonia do ideário neoliberal, território nacional imenso com extraordinárias desigualdades geo-político-econômicas, população imensa com extraordinárias desigualdades sócio-demográficas, imensa dívida acumulada do Estado com a Sociedade em 500 anos de periferia (periferia do colonialismo português, periferia do imperialismo inglês, periferia da globalização norte-americana), dos quais 300 anos de escravismo e produção de 35 milhões de miseráveis em 180 milhões de habitantes.

O SUS é um pequeno milagre que, nos seus cinco primeiros anos, fez de um tudo para dar conta da universalização da oferta de cuidados. Depois, no seu segundo período de cinco anos, melhorou a qualidade técnica, aperfeiçoou formas de financiamento e garantiu projetos estratégicos, como o do planejamento baseado em território e o do Programa de Saúde da Família. Agora, procura enfrentar o desafio de outra natureza de qualificação: a dos vínculos humanos, a do entrelaçamento de direitos e deveres, a do entrelaçamento dos saberes científicos e populares, a da construção coletiva e simultânea de sujeitos, cidadania e saúde. E tudo sob severo ataque ideológico, político e econômico. Haja SUS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBBIO, Norberto – **Dicionário de Política**. Brasília: Editora UnB, 2 vols., 1998.

BOTTOMORE, Tom – **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

CHAUI, Marilena – **O que é Ideologia?** São Paulo: Editora Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, Nº 13, 36ª ed., 1993.

CUNHA, Antônio G. da – **Dicionário Etimológico**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2000.

GRUPPI, Luciano – **Tudo Começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda, 1980.

HOUAISS, Antônio – **Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Editora Objetiva, 2001.

MENDES, Eugênio V. – **A Organização da Saúde no Nível Local**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

Humanização em Saúde no município de São Luís: uma práxis transformadora

Andréa Coutinho⁴, Arlete Santos⁵, Cristiana Lima⁶, Danielle Araújo⁷, Joserina Belfort⁸, Maria Alcina Monteiro⁹

A fantástica experiência de construção dos Grupos de Trabalhos de Humanização - GTH em São Luís tem produzido, ao mesmo tempo, muito prazer pelas descobertas que vêm sendo reveladas e/ou explicitadas, e uma certa angústia, devido à lentidão imposta pelas circunstâncias vivenciadas no cotidiano. Tudo isso considerando a alegria e a tensão que o processo vem se revelando pelo esforço coletivo e individual para que se efetive.

Nas páginas que se seguem apresentamos o processo de conhecimento construído a partir da experiência de implantação/implementação dos GTH nas unidades de saúde de

4 Psicóloga. Cursando Especialização em Saúde da Família pela Faculdade Castelo Branco/ RJ. Técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

5 Assistente Social. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Educação em Saúde Pública pela Universidade Ribeirão Preto, UNAERP, São Paulo. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora da Escola Técnica do SUS da Semus/ São Luis.

6 Assistente Social. Especialista em saúde Pública. Mestre em políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Doutoranda xxxxx

7 Psicóloga. Especialista em Psicopedagogia pela xxx Técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

8 Comunicóloga. Administradora. Coordenadora de Educação e Comunicação em Saúde da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

9 Assistente Social. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Políticas Sociais e Processos Pedagógicos em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão.

São Luís. A sistematização dessa experiência se tornará matéria-prima para a continuidade dos trabalhos, servindo para a problematização, monitoramento, avaliação e, conseqüentemente, avanços nos debates e conquistas do processo de humanização do cuidado nestes serviços e territórios.

Assim, é necessário fazermos algumas considerações sobre o que é o GTH, bem como, a sua operacionalização em São Luís. É importante salientarmos que em todo momento da vida o homem está inserido em grupos: família, classe, comunidade, sociedade, possuindo características inatas e adquiridas, que determinam suas etapas de desenvolvimento.

Diariamente, as pessoas interagem com outras, observando e analisando para definir impressões, construindo um relacionamento e buscando satisfazer suas necessidades. É a convivência nesses grupos que oferece oportunidades de trocar, somar e descobrir novas informações e conhecimentos.

Dentro desses grupos, vários fatores influenciam para sua preservação, como: o respeito à convivência, o sentimento de integridade e a liberdade de opinião. Cada membro possui direitos e deveres, que devem ser respeitados para a boa convivência. Alguns fatores interferem nessa convivência, dentre eles podemos citar a dificuldade de comunicação, que estabelece atitudes condicionadas e estreitas à percepção e à compreensão, estagnando o trabalho e consumindo energia e tempo desnecessários.

Um grupo de trabalho se constitui como equipe quando todos compartilham, no mínimo, de um objetivo comum e, para alcançá-lo, é exigida a união de esforços coordenados, para superar possíveis riscos. A não superação desses riscos dá-se pela ausência de cooperação e comunicação, resultando em reuniões incômodas e trabalho improdutivo. Para permi-

tir que a equipe funcione com alto desempenho é necessário um diálogo eficaz, comprometido, desenvolvendo-se processos de aprimoramentos e criatividade.

É preciso valorizar a relação humana e os níveis de capacidade produtiva da equipe, ressaltando as habilidades sociais como a administração de conflitos, a cooperação, a tolerância e a solidariedade. O trabalho em equipe é fundamental para superar dificuldades e encontrar soluções.

O profissional da área de saúde precisa entender muito do ser humano, pois sua atuação está pautada em atender o usuário, simultaneamente um sujeito e um cidadão, nos momentos mais frágeis de sua vida, na busca de soluções para seus problemas. A contribuição dos profissionais da saúde começa a partir da iniciativa de envolver-se no processo de reflexão coletiva, para construir meios de superação de conflitos diários, intervindo com propostas, debates e análises.

Diversos autores são unânimes em apontar que a integração não significa a equalização dos saberes/fazeres e nem a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca.

Assim sendo, pensar a humanização é pensar em reinventar o humano, interferindo, com sua complexidade, na dinâmica dos serviços. Segundo Benevides (2004):

A humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modo de trabalhar em equipe. Aqui, vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para ‘resolver’ um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, suponha mudanças pelos encontros entre seus componentes (BENEVIDES, 2004: 8).

O GTH possui o desafio de construir uma organização produtiva, confiável em termos de pontualidade, de seriedade e de capacidade de formar profissionais competentes e equipes que garantam o desenvolvimento com qualidade de vida a todas as partes interessadas. De acordo com a PNH, o GTH constitui:

[...] um espaço coletivo organizativo, 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, integridade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde (PNH, 2004: 55).

O GTH é um espaço para aproximar as pessoas, para compartilhar as tensões do dia a dia do trabalho, acolhendo e debatendo as diferenças, os anseios e mudanças, para que as melhorias desejadas aconteçam.

Assim, alguns temas podem ser abordados pelos GTH para darem início a esse trabalho, conforme a PNH:

- Como melhorar ou qualificar a prestação do serviço?
- Como é trabalhar em equipe nesse serviço? Existem equipes de fato?
- Como são as relações com os colegas de trabalho? E com os chefes?
- Qual o pior lugar para se trabalhar? E para ser atendido? O que os torna tão difícil de serem mudados?
- Como se dá a relação entre os profissionais e os familiares dos pacientes atendidos?
- Que projetos coletivos já existiram e foram benéficos, mas pararam? Quais estão sendo desenvolvidos e precisam ser fortalecidos?

- Como articular projetos setoriais interessantes dentro da instituição?
- Que parcerias seriam necessárias para melhorar a resolução dos problemas?
- Qual o nível de participação dos trabalhadores nas decisões do serviço?
- Como e por quem são tomadas as decisões e quem define as regras e normas de cada setor?
- Quais são as normas, sem sentido, que continuamos acatando?

O GTH consiste, então, num espaço coletivo, organizado, participativo e democrático, destinado a construir uma política institucional de resgate dos valores humanitários na atenção e gestão em saúde, em favor dos trabalhadores de saúde, usuários e do aperfeiçoamento da gestão pública, tendo um caráter técnico-político para assessorar e/ou co-gestionar as Unidades de Saúde.

Através do GTH, a Unidade de Saúde terá mais um espaço para a escuta, análise, elaboração e decisão sobre práticas de humanização nos serviços e programas de saúde, definindo meios de comunicação e articulação necessários à manutenção, integração e ampliação de ações de humanização na atenção e gestão em saúde.

A Política Municipal de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde de São Luís - PMH/São Luís (HumanizaSUS São Luís) tem como objetivo a implementação de um novo modelo de organização e prática de saúde e como princípio a dignidade humana, considerando seus direitos subjetivos, diferenças culturais e atendimento de suas necessidades por meio do diálogo entre usuário, trabalhadores da saúde e gestores.

Tem como meta a garantia da integração entre usuário e sistema de saúde, para que as Unidades de atendimento possam se transformar em ambientes mais acolhedores e satisfatórios, tanto para os que trabalham nela, como para os que buscam a solução dos problemas de saúde que os afligem. E assim, dar um novo passo em direção aos *CAMINHOS PARA O EXTRAORDINÁRIO*.

Pois, quando percorremos a trilha da vida, seguimos por caminhos ordinariamente traçados e não damos conta de que caminhos são também linguagens, leito de rio, ribeirão, por onde a vida, às vezes, se represa, flui, escoar ou se esvai. Assim, nosso olhar percebe que precisamos ir mais além... Ultrapassarmos os limites, enfrentarmos os desafios de reordenar o estabelecido, para deixarmos a vida acontecer e tomarmos consciência do nosso próprio acontecimento.

Nessa perspectiva, a implantação do SUS exige novas relações entre trabalhadores da saúde, usuários e gestores. Embora isso represente um avanço considerável, não significa a superação de alguns entraves históricos, tais como: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o despreparo dos profissionais em lidar com as dimensões intersubjetivas, o acolhimento insatisfatório do usuário, ambiente de cuidado e desenvolvimento das atividades profissionais inapropriados, gestão centralizada, dentre outros.

Diante disso, em 2006, é inaugurada a PMH/São Luís. Sua construção engendra-se no cotidiano e propõe a valorização de todos os sujeitos envolvidos nesse processo, garantindo o acesso aos serviços de saúde, articulando avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria do ambiente de cuidado, das condições de trabalho dos profissionais e da gestão.

De posse dessa concepção, vários caminhos estão sendo percorridos para efetivar a política de humanização em saúde que valorize os diferentes sujeitos envolvidos. A seguir, destacamos momentos centrais para construção dessa política:

- 1. A prática como ponto de partida - a práxis como parte da opção metodológica** - a maior aproximação possível da realidade, da capacidade, da sensibilidade do grupo envolvido no processo de formação do GTH certamente possibilitará mais interesse por parte do grupo. Mas, partir da prática como opção metodológica é muito mais: é considerar a ação social das pessoas como impulsionadora da história.

O cotidiano dos diversos sujeitos envolvidos nas ações de saúde da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS permitiu uma reflexão sobre a prática, o que nos permitiu (re)pensá-la para sair da análise aparente e, dessa forma, desvendar as relações sociais e seus contextos, levando-nos a uma visão crítica e recriadora, buscando potencializar uma dimensão de mudança da realidade assumida como práxis transformadora.

Com essa concepção iniciamos o processo de implantação da PNH. Em 2004, realizamos uma ampla discussão com gestores das unidades de saúde municipais, onde foi apresentada a referida política, cujo objetivo era socializar o debate nacional e pensarmos formas alternativas de darmos respostas aos problemas e entraves vivenciados no âmbito da gestão do SUS.

Realizamos encontros por distrito, cujo objetivo era sensibilizar os gestores para a importância de implantarmos a política de humanização no município. Realizamos em 2005 dois seminários para os gestores com o intuito de aprofundar co-

nhecimentos sobre o SUS. O primeiro com a temática “*Princípios do SUS, Noções de Gerenciamento e Relações Interpessoais no Cotidiano das Unidades de Saúde*”, ministrado pelos professores Vera Lucia Gonçalves Pacheco, Annibal Coelho de Amorim, Nina Prates Nielebock de Sousa e Viviane Manso Castelo Branco, do Rio de Janeiro.

O segundo seminário a temática foi “*Sensibilização para o Cuidado Humanizado*”, ministrado pela professora Miriam Suzete. Este encontro teve como objetivo propiciar aos participantes um espaço de sensibilização por meio de vivências para necessidade do auto-conhecimento e do desenvolvimento de uma escuta colaborativa dos usuários a que se assiste. Foram realizadas dinâmicas de grupo para propiciar a reflexão nos participantes sobre sua relação com seu auto-cuidado e seu relacionamento com quem ele cuida. Os conteúdos trabalhados abordaram identidade pessoal e profissional; o modo como o indivíduo se relaciona corporalmente consigo, com seu nome próprio; a forma usada para o relacionamento com quem é assistido; a reeducação dos sentidos corporais produtores de conhecimento: da respiração e do olfato, da escuta e da fala, do olhar e do tato.

Cada uma destas etapas foi fundamental para construirmos coletivamente uma concepção de humanização, mais do que isso, avaliamos a necessidade de envolvermos outros sujeitos – usuários e trabalhadores da saúde - nessa discussão.

Em 2006, foi realizado o I Seminário Municipal de Humanização em Saúde, com o tema “*Cidadania e Humanização: caminhos para a efetivação do SUS*”, com a presença do então Coordenador Nacional da PNH, Dr. Adail de Almeida Rollo; do Coordenador Regional da PNH, Dr. José Jackson Coelho Sampaio e do Coordenador Geral do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, Ademar Paulo Gregório.

2. **Construção coletiva do conhecimento – o conhecimento como algo dinâmico, em movimento, em construção** – a construção coletiva não pode ser entendida como o somatório de saberes individuais, mas é antes de tudo, a sua interrelação. Assim, é necessário valorizar os saberes individuais, que apontem para uma reflexão coletiva, para ouvir, sentir, se interessar pelo saber e pelo fazer do outro. A construção coletiva de conhecimentos deve levar a uma maior aproximação possível entre o que se conhece e o que se sente e vive.

Dessa forma, realizamos uma sensibilização “*in loco*” com o intuito de trabalhar as relações interpessoais junto a todos os funcionários das unidades de saúde municipais. As atividades eram desenvolvidas durante um turno de trabalho. A partir desse momento percebemos a dificuldade para todos assumirem a PNH como uma nova prática de co-gestão, principalmente, porque era necessário romper com práticas clientelistas, comodistas, patrimonialista tão presentes na história e cultura do nosso povo.

A Superintendência de Educação em Saúde, observando a fragilidade das relações de trabalho, inicia *Oficinas de Humanização em Saúde*, com o propósito de resgatar e fortalecer os sujeitos sociais, enquanto atores de movimentos coletivos capazes de produzir mudanças, tanto no espaço de atuação, quanto de si próprios. Buscando repensar as relações estabelecidas no trabalho e no atendimento aos usuários, para promover relações mais saudáveis, elaboramos um programa de atividades, pautado em vivências e reflexões acerca de como estavam sendo construídos os relacionamentos, visando uma

mudança de atitudes e comportamentos das pessoas que fazem a saúde no município de São Luís.

Foram trabalhados, durante cinco meses, temas como: relações interpessoais, ética, motivação, auto-estima e comunicação, objetivando proporcionar, às pessoas, uma reflexão sobre si mesmas, sobre as relações sociais e sobre as condições sócio-econômicas e políticas da sua prática de trabalho no campo da saúde.

- 3. Vivências de relações horizontais nos GTH – atitude de permanente diálogo** - as relações horizontais devem ser destacadas como princípios importantes no funcionamento dos GTH. Atitude essa, que deve estar no cotidiano daqueles que implementam a política de saúde do Município, pautadas nos princípios da integralidade, equidade e universalidade e justiça social. Esta horizontalidade não pode ser confundida com uma postura passiva, ingênua ou alienada de nenhuma das partes envolvidas no GTH (trabalhadores da saúde, gestores e usuários). Deve-se assim, evitar o autoritarismo, a arrogância, a hierarquia, que muitas vezes reproduz uma herança verticalizada das relações no interior das Unidades de Saúde.

Numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde de São Luís, foi realizado o Projeto “Caminhos para o Extraordinário”, que teve como principais objetivos:

- Capacitar os GTH do município de São Luís, de acordo com os princípios, as diretrizes e os dispositivos da PNH, para promover a comunicação, o diálogo, a solidariedade e o respeito à diversidade;

- Qualificar os GTH, para atuar nas unidades de saúde de São Luís, mediante o conhecimento sobre direitos, cidadania, SUS e PNH;
- Elaborar o plano de ação dos GTH;
- Promover espaços de articulação e troca de experiências nas unidades de saúde, nos Distritos Sanitários e em todos os níveis de organização e funcionamento da SEMUS;
- Estimular o uso de instrumentos de avaliação e monitoramento dessas ações.

Para isso, adotou-se uma capacitação em etapas, a fim de atingir todo o assunto relacionado ao contexto de ação dos GTH. A divisão foi feita da seguinte forma:

Primeira Etapa:

Denominada: “**Democracia: o ponto de partida**” teve sua abertura oficial, com a participação do Prefeito de São Luís, Tadeu Palácio, do Coordenador Nacional da PNH, Dário Frederico Pasche, do Coordenador Regional da PNH, Dr. Jackson Sampaio, do Consultor da PNH para o Estado do Maranhão, Ernani Vieira de Vasconcelos Filho, da Secretária Municipal de Saúde, Terezinha Abreu, da Superintendente de Educação em Saúde da SEMUS, Rosangela Gonçalves e de 440 pessoas, no Auditório da Real Promoções, nos dias 13 e 14 de Junho de 2007. Neste momento aconteceram três grandes conferências, com a participação dos GTH dos Distritos Sanitários do Município de São Luís e Comitê Municipal de Humanização, abordando diversos temas relacionados ao SUS, intituladas:

- *História e Princípios da Humanização em Saúde* – Coordenador da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – Dr. Dário Frederico Pasche;
- *História e Princípios da Democracia* – Articulador da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – Dr. José Jackson Coelho Sampaio;
- *História e Princípios do SUS* – Consultor em Humanização para o Estado do Maranhão - Dr. Ernani Vieira de Vasconcelos Filho.

Segunda Etapa:

Denominada: “**Apropriando-se de conceitos: o caminho**” foi realizada em quatro turmas, contemplando cinco temáticas:

- *Dispositivos da Humanização em Saúde*, por Annatália Gomes e Luciana Abreu;
- *Saúde do Trabalhador em Saúde*, por Islene Rosa, Cleide Carneiro e Luciana Abreu;
- *Cidadania e Controle Social em Saúde*, por Cleide Carneiro e Luciana Abreu;
- *Descentralização de Gestão e Gestão Participativa*, por Ernani Vasconcelos;
- *Política e Planejamento em Saúde*, por Jackson Sampaio.

Terceira Etapa:

Denominada “**Vivenciando experiências: Superando as Adversidades**” foi um momento para os trabalhadores em saúde analisarem as atividades de humanização desenvolvidas nas unidades de saúde, com o apoio técnico da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, sob forma de visitas agendadas e rodas de conversa, com uma carga horária de 160 horas. Nesta etapa discutiu-se com os trabalhadores e usuários de saúde acerca das concepções sobre a gestão participativa, tentando vislumbrar esta ação no campo de práticas.

Em todas as etapas acima mencionadas estão evidentes a riqueza e a diversidade de cada uma delas. A existência de espaços onde as pessoas possam se reunir, se agrupar, se organizar, planejar ações, festejar, celebrar a vida, discutir problemas e suas soluções, partindo de suas próprias vontades e disposição, já significa um avanço em relação à tradição hierárquica, fortemente enraizadas nas unidades de saúde. Relações hierárquicas estas, muitas vezes marcadas por mecanismos históricos de mandonismo, autoritarismo e controle.

Os GTH, apesar de todos os dilemas e contradições que lhe é inerente, representa uma possibilidade de provocar mudanças significativas se colocando como obstáculo à reprodução destas relações anteriormente citadas, criando novos espaços, novos tipos de relações interpessoais e sociais, novas referências, podendo mesmo provocar mudanças nas relações de poder estabelecidas no interior das unidades de saúde.

É claro que tais possibilidades são mais ou menos potencializadas de acordo com a realidade de cada GTH, das habilidades e capacidades dos sujeitos envolvidos, mas tam-

bém com a realização periódica e permanente de processos formativos que façam avançar a capacidade de intervenção dos diversos segmentos que compõe o GTH. É o que propõe os “Caminhos para o Extraordinário”.

4. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NOS GTH DE SÃO LUÍS

A cidade de São Luís, fundada em 8 de setembro de 1612, é mundialmente conhecida pela sua cultura, artesanato, azulejos, bordados, rendas, licores, Bumba-Meu-Boi. Tombada como Patrimônio Cultural da Humanidade, esta bela cidade contrasta futuro e passado. De construções antigas, de esguios edifícios, tem em suas praias as mais belas paisagens, que serviram de inspiração a muitos poetas, como Gonçalves Dias, que ressaltou em versos e prosa a sua terra - a “Terra das Palmeiras”.

Conhecida como a “Atenas Brasileira”, devido aos filhos dos nobres que eram enviados a Coimbra (Portugal), Londres (Inglaterra) e Paris (França), para estudar e, quando voltavam, a maioria deles se concentrava em São Luís, produzindo, intelectualmente, na própria terra, em jornalismo e literatura de alto nível. Em São Luís que foi escrita e editada a primeira gramática do Brasil, por Sotero dos Reis (Guia de São Luís, 2005).

A presença de índios, depois portugueses, franceses, holandeses e africanos contribuiu para a construção de uma diversidade cultural, que influenciou na formação de nossa cultura, dando origem à variada culinária, às danças, à língua e ao comportamento.

A cidade de São Luís é considerada o município pólo da Região Metropolitana da grande São Luís, localizada na ilha de Upaon-Açu, que também abriga os municípios de São

José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa. São Luís possui uma população de 1.017.772 habitantes, conforme dados do IBGE de 2007, distribuída em 202.231 domicílios particulares permanentes.

Nossa cidade é fortemente marcada pela migração do homem do campo para a cidade, o que tem acarretado uma urbanização acelerada e desordenada com a conseqüente constituição de áreas periféricas, sem infraestrutura urbana, o que é assinalado principalmente pela ausência de abastecimento de água, de esgotamento sanitário e de acesso adequado a coleta de lixo, o que torna a população vulnerável a inúmeros tipos de doenças.

A Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, para melhor atuação no espaço geográfico do Município, está dividida em sete distritos sanitários, com uma capacidade instalada de 77 unidades de saúde municipais, assim distribuídas: 39 Unidades Saúde da Família; 10 Centros de Saúde; 02 Hospitais de Urgência/Emergência; 01 Hospital da Mulher; 01 Hospital da Criança; 04 Unidades Mistas; 01 Pronto Socorro; 01 Maternidade; 01 Centro de Controle de Zoonoses; 01 Laboratório Central; 02 Centros de Testagem Anônima; 01 Unidade Resgate (SAMU); 02 Centros de Especialidades Odontológicas; 01 Centro de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso; 01 Centro de Especialidades Médicas; 03 Residências Terapêuticas; 01 Odontomóvel; 04 Postos de Atendimento em Praias (Salvamar).

Foi criado, a partir de um amplo processo de discussão e de negociação com a gestão municipal de São Luís, o Conselho Municipal de Saúde-CMS/SL, que está regulamentado pela Lei nº 3267, de 15 de julho de 1993, da Câmara Municipal de São Luís.

O CMS/SL, composto por representantes de Governo, Prestadores de Serviço, Profissionais de Saúde, em 50%, e representantes de usuários, em 50%, perfaz um total de 36 membros efetivos e 36 suplentes, indicados pelas instituições e entidades componentes do Conselho e nomeados pelo Prefeito Municipal.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados e deliberativos que têm a função legal de deliberar sobre a formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. Esses Conselhos têm se constituído como espaço de grande importância para a sociedade, pois expressam o processo de luta histórica dos movimentos, por participação efetiva na definição, proposição e fiscalização das políticas públicas no Brasil.

Desde o início dos anos 1990, quando da criação do CMS/SL, o município vive a experiência de gestão pública mais democrática, a partir de um modelo participativo. A cada dois anos é realizada a Conferência Municipal de Saúde, com participação ativa da comunidade, do governo local e dos trabalhadores. Seu principal objetivo é deliberar sobre a Política de Saúde do Município.

O fenômeno da participação política, tal como se conhece atualmente, é relativamente novo, remonta aos anos 1980. É importante lembrar que, na história da formação da sociedade brasileira, durante centenas de anos, grande parcela da população foi sempre deixada de fora dos processos decisórios. Muitas vezes, quando buscaram opções para sua inclusão nos processos políticos, a população foi fortemente reprimida, como destaca Chico de Oliveira (2000). Em geral, as classes dominantes mantiveram-se à frente das decisões.

As diversas experiências de participação no Brasil, notadamente as experiências de conselhos de gestão, nas mais diversas políticas públicas, como saúde, criança e adolescente, assistência social, idoso, juventude, mulher e orçamento participativo, em muitas cidades brasileiras, vêm demonstrando uma mudança na cultura política do país. As pessoas praticam a cidadania e se sentem parte ativa dos processos de tomada de decisões.

Impulsionado pelo processo de democratização vivenciado pelo país ao longo da década de 1980, o discurso da participação ganha força e torna-se sinônimo de autonomia, de democracia, reconhecendo-se que as classes sociais menos economicamente favorecidas não são subalternas e podem assumir a condução da própria história. Nesse contexto, o discurso da descentralização corre o risco de ser apresentado como sinônimo de democracia, ou como mera ferramenta técnica dos processos de gestão. Mas a descentralização é instrumento político da democracia e instrumento técnico da gestão, ao “aproximar o cidadão do poder de decisão”, como hoje se concebe em São Luís.

Sendo assim, não existe participação como dádiva ou como espaço preexistente, ela existe somente na medida de sua própria conquista. Isso porque participação significa um processo, que é infundável. Portanto, nunca é suficiente, nem acabada. Participação não pode ser vista como concessão preexistente. Como bem coloca Demo (xx) “não interessa a liberdade que nos querem doar, conceder, mas sim aquela que nós mesmos construímos, caso contrário não seria liberdade. A liberdade só é verdadeira quando conquistada, assim é a participação”.

A participação supõe compromisso, envolvimento, presença em ações, por vezes, arriscada. Por ser processo, a participação não pode ser controlada, tutelada, pois assim, não é participação. Acreditar em participação é estabelecer uma disputa com o poder. Para realizar a participação é preciso encarar o poder de frente. Participação não é sua ausência, superação ou eliminação, mas forma de exercício do poder.

O modelo de participação que a PNH propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em grupos que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações coletivas.

Os GTH procuram articular o novo formato no atendimento em saúde inaugurado a partir do SUS, com a participação dos envolvidos no processo – gestores, trabalhadores e usuários. Desta maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada e será possível ao mesmo tempo, garantir motivação, capacidade de reflexão e de resolução de problemas e conflitos, bem como, o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade da gestão. Pressupõe também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

O GTH deve ter seus encontros em períodos definidos, com agenda organizada por prioridades, voltada para o debate, com duração indeterminada, a fim de se constituir uma prática de trabalho em equipe no desenvolvimento do processo de serviços humanizados nas unidades de saúde.

Os GTH das unidades de saúde de São Luís são compostos por seis a 12 membros, com representantes dos trabalhadores, da gerência e dos usuários, devendo a distribuição ser equitativa, nas profissões, nos campos disciplinares e nos

níveis hierárquicos da instituição, incluindo, onde houver, representantes da comissão de controle de infecção hospitalar e ouvidoria.

A inclusão de representantes das comunidades nos GTH, na cidade de São Luís, constitui forma diferente de administrar, que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos em nenhum dos três segmentos. Assim, evita-se o corporativismo e cria-se uma estratégia de controle do Estado e do governo. É, portanto, uma diretriz ética e política, que visa motivar e educar os trabalhadores, gestores e os próprios representantes da comunidade.

Essa característica, assim como sua implantação na atenção primária, tornou-se um diferencial na produção de cuidado humanizado no campo da saúde, que pode ser exemplar para o Brasil. Hoje, a SEMUS possui 66 GTH, por serviços da atenção secundária/terciária e por territórios da atenção primária, distribuídos nos sete distritos sanitários, o que significa o envolvimento direto de 430 pessoas no processo de fazer a PMH/São Luís, dos quais 103 são usuários capacitados a assegurar a co-responsabilidade sanitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENEVIDES, Regina. PASSOS, Eduardo. **Humanização na saúde: um novo modismo?** In Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da PNH, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZASUS. **Grupo de Trabalho de Humanização: GTH**. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da PNH, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Guia de São Luís (2005) citado na p.9

Chico Oliveira (2000) citado na p.11

Demo () citado na p.11



II ETAPA

APROPRIANDO-SE DE CONCEITOS: O CAMINHAR

Descentralização, Cogestão, Gestão Participativa em Saúde

Ernani Vieira de Vasconcelos Filho¹⁰ e Luciana Mesquita Abreu¹¹

INTRODUÇÃO

A apresentação desse tema, em lugar onde a grande característica dos participantes é a diferença – profissionais de diversas áreas de graduação em saúde, níveis hierárquicos, locais de trabalho, todos os campos possíveis dentro das instituições ou serviços de saúde – possibilitou um caldo ou mistura fértil, uma ferramenta essencial para galgarmos um mínimo de aprendizado coletivo, baseado na contribuição de todos os presentes e, como resultado, teremos um novo olhar sobre o processo de descentralização que vivemos e aprofundamos cotidianamente no exercício de nossas atividades de trabalho.

Essa abordagem teórico-metodológica fez parte da segunda etapa do Curso de Aperfeiçoamento para Grupo de Trabalho Humanizado de São Luis, “*Caminhos para o Extraordinário*”, denominada de modo apropriado de “*o caminhar*”.

Nesta etapa foi realizado um curso de 40 horas, onde um dos temas é o que tratamos neste capítulo, “Descentralização, Co-gestão e Gestão Participativa em Saúde”, com um tempo

10 Médico Clínico Geral, Mestre e Doutor em Medicina Preventiva, Professor da Universidade Estadual do Ceará-UECE, Consultor da PNH/MS.

11 Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Pública, Consultora da PNH/MS.

de 8 horas para seu desenvolvimento, com quatro turmas de 80 alunos, cada, perfazendo um total de 320 trabalhadores da saúde do município de São Luís envolvidos. Dentro da logística do curso, todos os conselheiros participantes de GTH passaram pela formação.

A ferramenta metodológica escolhida para a integração de todos, na perspectiva de produção de saberes e práticas, foi a Roda de Conversa. Num primeiro momento, foi feita a apresentação dos presentes, de forma espontânea. Nesse momento, percebeu-se a diversidade de atores sociais envolvidos no processo de formação, e do acerto em misturar as pessoas.

Na parte da manhã, houve uma exposição dialogada, conteúdo esse que segue na continuidade da leitura desse capítulo, onde a cada momento da explanação havia espaços para perguntas e principalmente a formulação de exemplos e paralelos com a realidade local de saúde.

No período da tarde, foi feita outra grande roda de conversa para falarmos a respeito da importância e das revelações que a discussão do tema poderia render, expressando-se naquilo que eles imaginavam ou que já conheciam. Ao final foi feita a avaliação de todos a respeito do dia de trabalho e o que poderia suscitar a discussão em seus locais de trabalho.

1. DAS DEFINIÇÕES E CONCEITOS

O Dicionário do Norberto Bobbio (1998) nos ensina que descentralização caracteriza-se pelo deslocamento de poder, de gestão, das atribuições e das decisões para níveis mais periféricos, portanto uma passagem ou um des-acúmulo de poder do centro para a periferia.

O exemplo evidente no Sistema Único de Saúde-SUS está na municipalização, onde há o deslocamento de poder da esfera federal de saúde para a esfera estadual e, numa etapa posterior, para a esfera municipal. A discussão que ocorre é a do exercício do poder próximo dos locais onde estão se dando as ações em saúde, próximo da população que os utiliza, também próximo do trabalhador que protagoniza a produção de saúde no Brasil.

Outros processos de descentralização avançam para além da estrutura municipal, capilarizando-se nas esferas de gestão e atenção, formando novos desenhos, novas redes de poderes a partir dos sujeitos envolvidos em cada plano de gestão ou de ação nas práticas de saúde. Dentro dessa lógica temos a distritalização e os Sistemas Locais de Saúde - SILOS como outros exemplos dessa linha de entendimento.

Temos encontrado no Brasil, e notadamente, em São Luis, processos de desconcentração, muitas vezes entendidos como descentralização. Nesta modalidade – desconcentração – há transferências de ações, de responsabilidades, de serviços e recursos do centro para a periferia, porém a instância que decide a política e seus desdobramentos no campo do planejar e de organizar a oferta de serviços, permanece em nível central.

A década de 1970 parece ser a que apresenta um desenho que melhor expressa o apogeu do modelo centralizado e sustentado na clara divisão dos espaços de cura e prevenção. A distribuição espacial de serviços próprios e contratados, seguindo a tendência do modelo médico-assistencial curativista, é concebida e posta em prática pela União, com algum apoio estadual. O Município, nesse período, foi apenas o endereço das unidades de saúde e de serviços contratados e gerenciados

diretamente por outras esferas de governo, cristalizando uma rede de organizações de saúde coerente com o crescimento da privatização, viabilizando a hegemonia do mercado em todos os campos, com destaque para o modelo técnico-biológico da Medicina científica.

2. BREVE PERCURSO HISTÓRICO

Fazendo um percurso histórico da descentralização, o tema aparece no campo da saúde por ocasião da V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, quando, dentro de suas diretrizes, ficou definido que as ações de saúde teriam três níveis de atuação: federal, estadual e municipal. A Declaração de Alma-Ata, em 1978, definiu o nível municipal como porta de entrada e local dos primeiros cuidados de saúde e das ações de saneamento. Outro ponto fundamental foi a da participação comunitária no acompanhamento das ações a serem executadas nos serviços de atenção primária.

A idéia de participação comunitária, no Brasil, foi ensaiada no Programa de Interiorização da Assistência Social e Saúde-PIASS, e depois nas linhas gerais do PREV-SAÚDE, em 1980, em cujo documento técnico apontava-se para a integração dos Ministérios com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com reforço da atenção primária em saúde, da participação comunitária no acompanhamento das ações, da hierarquização dos serviços, do sistema de referência e da capacidade de atender 30 milhões de excluídos.

Como esse projeto não saiu do papel, foi abortado dentro dos gabinetes do poder, em 1981 o Governo Federal lança o Conselho Consultivo de Administração em Saúde e Pre-

vidência-CONASP, que teve como característica principal a introdução do pagamento por produtividade nos serviços públicos de saúde.

Nesse momento, na conjuntura internacional, o debate na saúde se dava em torno do documento do Banco Mundial, com medidas racionalizadoras e propostas neoliberais, de estado mínimo, onde a saúde pública comporia pacotes de assistência à saúde para a pobreza, e quem ganhasse algum salário teria que ser cliente da iniciativa privada, por meio do pagamento aos planos de saúde.

No Brasil, tinham-se claramente duas redes dentro da esfera ministerial. De um lado, o Ministério da Previdência e Assistência Social-MPAS, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, organizou e incentivou a oferta de assistência médica e hospitalar para os beneficiários. De outro lado, o Ministério da Saúde organizou a oferta de ações coletivas, baseadas em campanhas de caráter nacional. Nesse caso o município não foi espaço de gestão nem de produção de organizações.

Toda essa movimentação política de avanços para o futuro SUS, se deu, fundamentalmente, por organização dos trabalhadores da saúde, intelectuais das universidades públicas e movimentos populares (Movimento de Reforma Sanitária), que ia se fortalecendo durante o passar dos anos.

É nesse bloco histórico da Saúde Pública, no Brasil, que aparecem dois caminhos a serem seguidos pelos partidos de esquerda brasileiros, aqueles que acham que as conquistas no campo da saúde se dariam por dentro do estado, ou seja, os Reformistas, e aqueles que achavam que a luta se daria fora do estado, os revolucionários, que, por exemplo, defendiam a estatização do setor saúde.

O Governo Federal, já com técnicos progressistas dentro do sistema gestor, e devido à pressão do movimento de reforma sanitária, volta a pensar na descentralização, implantando as Ações Integradas de Saúde-AIS, em 1983, criando as Comissões Institucionais de Saúde-CIS, com a perspectiva de desconcentração das ações de saúde, nos níveis estaduais, regionais, municipais e locais de saúde.

Veio a VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco da democratização na área da saúde e da consolidação de um arcabouço jurídico institucional e pré-constitucional da Política de Saúde, dos direitos e deveres do Estado e do cidadão na produção de saúde.

Com a Constituição Cidadã, aprovada em 1988, os avanços então conseguidos por anos a fio de embate político, são consolidados e então passamos à difícil tarefa de concretização de um modelo de assistência pela primeira vez universal, pois tem que atender a todos os cidadãos brasileiros, permitindo acesso universal, a integralidade e equidade. O dilema que surgiu após essas conquistas era: como financiar tais ações de saúde e de quem seria a responsabilidade na esfera política administrativa.

Seguindo o fluxo histórico, tivemos então a IX Conferência Nacional de Saúde, com a pauta de discussão ligada à macro-política, na época da crise de governabilidade que resultou no Fora Collor, quando quase não se discutiram temas técnicos, como a descentralização e o modelo assistencial.

As Conferências Nacionais que se sucedem passam a apresentar discussões pautadas no modelo assistencial, de como oferecermos serviços em quantidade razoável, porém, com pouca discussão sobre qualidade e quase nenhuma sobre humanização. Nesse momento se dá a opção por definir o modelo baseado em municipalização, distritalização e SILOS, com surgimento

dos Agentes Comunitários de Saúde, da territorialidade, da estratégia única, da unidade de ação de recursos, da cobertura, do estabelecimento de prioridades, da equidade de condições de saúde, da proporção e influência recíproca, da centralização e descentralização, da resolubilidade por níveis de complexidade, da heterogeneidade de formas de ação, do enfoque global do desenvolvimento, da relação de eficiência e participação social, do uso da clínica e epidemiologia como definidora das ações e da síntese representada pela proposta do Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária.

Os municípios assumem, a partir da Constituição de 1988, a direção da saúde em sua esfera de governo e, a partir do acúmulo dos movimentos de descentralização da saúde, é possível afirmar, sem que isso signifique desconsiderar ou desvalorizar os importantes avanços, que há alguns limites na forma de descentralização tomada como principal referência e caminho. Estes limites relacionam-se com as dificuldades para superar a condição exclusiva de prestador de serviço, que se expressa em limites para fazer a gestão política de saúde, tanto no território do município quanto na redefinição da rede de saúde na região.

Associada a esta limitação está a dificuldade para desencadear processos de desenvolvimento regionais isolados, pois os municípios tendem a reproduzir organizações e métodos conhecidos e as inovações promovidas em alguns deles têm poucas condições para se sustentarem.

Uma das conseqüências da dificuldade para inovar nos modos de descentralizar a saúde é a produção de uma rede homogênea e concebida sem considerar os pequenos municípios como locais com potencial para encontrar soluções criativas (Righi, 2001).

3. DO CAMINHAR, APROFUNDANDO E TRANSFORMANDO

Com a descentralização da prestação de serviços e da gestão da saúde, acarreta também a transferência dos conflitos: é no território do município ou na região que darão as disputas na discussão de remunerações, na relação público-privado, na relação entre equipes gestoras locais e serviços especializados contratados na região e entre diferentes propostas de organização da atenção à saúde (Pasche, 2001).

Uma grande dificuldade encontrada nos municípios para a gestão em saúde se dá pela fragmentação das ações de saúde expressa na manutenção da hegemonia da gestão orientada ainda por programas, a falta de uma perspectiva de rede e de desenvolvimento local e sustentado.

A descentralização é um espaço importante de disputa. Por um lado, pode servir meramente para a racionalização de privatização, e, por outro lado, é a aposta dos setores que acreditam na possibilidade de produzir políticas sociais com participação e protagonismo dos governos dos locais.

4. A CO-GESTÃO E GESTÃO PARTICIPATIVA

A co-gestão se apresenta como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não hajam excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar os processos de gestão, de atenção, de interferência dos momentos político-eleitorais e de interferência das especificidades de governo, em detrimento da noção mais abrangente e democrática de política de Estado.

A descentralização do poder para os municípios, deste para a gestão dos serviços de saúde e deste para os conselhos

locais de saúde tem sido a tônica do processo de construção do SUS na última década. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores.

O modelo que a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantam que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações coletivas. Por isso os colegiados são espaços coletivos tanto dos gestores, dos trabalhadores da saúde e dos usuários. Espaço onde se discute e se tomam decisões no seu campo de ação de governo, de acordo com as diretrizes e contratos definidos.

O sistema de co-gestão procura articular o novo formato no atendimento em saúde com a participação dos envolvidos no trabalho em equipe. Desta maneira, acredita-se que a implementação das diretrizes do SUS estará assegurada, e será possível, ao mesmo tempo, garantir motivação, capacidade de reflexão e aumento da auto-estima dos profissionais, bem como o fortalecimento do empenho no trabalho, criatividade na busca de soluções e aumento da responsabilidade social. Pressupõe, também, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais, usuários e gestores.

Para que gestão participativa aconteça de fato, é necessário que se institucionalizem alguns disparadores de relações, dispositivos na linguagem da PNH:

- Contrato de Gestão com o Gestor Externo (do serviço com as Secretarias ou o Ministério da Saúde) e Contratos Internos de Gestão (contratos feitos na própria unidade de saúde, com ajuste de metas). Os acordos se fazem em três grandes eixos: ampliação

do acesso e humanização da atenção; valorização dos trabalhadores e implementação da gestão participativa; garantia de sustentabilidade da unidade. Esses contratos devem ter acompanhamento e avaliação sistemática em comissões com a participação de trabalhadores, usuários e gestores.

- Colegiado da Unidade de Produção, composto por todos os membros da equipe ou por representantes. Tem por finalidades: elaborar o projeto de Ação; atuar no processo de trabalho da comunidade; responsabilizar os envolvidos; acolher os usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas.
- Colegiado Gestor da Secretaria de Saúde ou Hospital composto pelo secretário, diretores e coordenadores das Unidades de Produção, com atribuição de: elaborar o Projeto Diretor da Secretaria/Hospital; ser o espaço de negociação e ajuste de prioridades, definição dos investimentos, organização dos projetos das várias unidades e da construção sistemática de avaliação; prestar contas e manejo de imprevistos. Considerando que a gestão participativa e a co-gestão enquanto saberes podem estar sendo desenvolvidos transversalmente nos Grupos de Trabalho de Humanização-GTH.

5. RESULTADOS DO DIA:

- Os trabalhadores destacam a necessidade de conhecer mais sobre a história da saúde brasileira.
- Ressalta-se a importância de conhecer a luta dos trabalhadores e as suas organizações dentro do processo

de descentralização, co-gestão e gestão participativa no SUS.

- Parte dos trabalhadores não sabia de seu protagonismo para a solução dos problemas de gestão na saúde. Cada exemplo que surgia na roda e que vinham dos trabalhadores de funções menos qualificadas, como os maqueiros, causava um verdadeiro espanto no restante dos trabalhadores. A grande revelação, sobretudo, foi a do reconhecimento de todos os outros como portadores de saberes e práticas válidas.
- O apoiador devolveu para o grupo o sentimento gratificante de perceber o reconhecimento do trabalho grupal como prazeroso e resolutivo, rompendo o paradigma das reuniões burocráticas e vazias.
- O almoço foi conjunto, com trabalhadores, gestores e apoiadores partilhando refeições, conversas livres e danças.
- Para fechar o dia, alguns trabalhadores improvisaram uma roda de tambor de crioula e uma roda de boi, em torno do tema da saúde, resultando na composição:

TAMBOR DE CRIOULA DO SUS

Ah eu chamei o SUS para ele vir baiar tambor (2x)

Eu vou, eu vou, eu vou como gestor

Ah eu chamei o SUS para ele vir baiar tambor (2x)

Eu vou, eu vou, eu vou como trabalhador

Ah eu chamei o SUS para ele vir baiar tambor (2x)

Eu vou, eu vou, eu vou como usuário eu vou

Ah eu chamei o SUS para ele vir baiair tambor (2x)
Eu vou, eu vou, eu vou humanizar eu vou
Ah eu chamei o SUS para ele vir baiair tambor (2x)
Ah lá no meio de São Luis palmeira fez chuá, chuá.
Menina eu vou te dizer, menina eu vou te acolher
Chegou aqui a Annatália e a Luciana pra dançar.
Para completar esse coreiro veio Ernani e Jackson arrematar
Ah lá no meio de São Luis palmeira fez chuá, chuá.
Esse grupo é muito bom esse grupo é popular
Tem gente de Imperatriz e até da Hemomar
Ele vai se despedir com vontade de voltar
Eu vou, eu vou, eu vou Humanizar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZASUS. **Cartilha Co-gestão e Gestão Participativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da PNH, 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G.V.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G.V.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: o método da roda**. São PAULO: Hucitec, 2001.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: CEDEC/Cortez, 1996.

PASCHE, F. D e CRUZ, B.M.I. **S Saúde Coletiva, Diálogos Contemporâneos**. Rio Grande do Sul: Editora UNIJUÍ, 2006.

A PNH no processo de formação dos GTH: potencializando movimentos coletivos para uma nova prática em saúde

Annatália Meneses de Amorim Gomes¹²

Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele[...] Gosto de ser gente porque, como tal, percebo afinal que a construção de minha presença no mundo, que não se faz no isolamento, isenta da influência das forças sociais, que não se compreende fora da tensão entre o que herdo geneticamente e o que herdo social, cultural e historicamente, tem muito a ver comigo mesmo.

Freire, 2004, p. 53.

INTRODUÇÃO

Este ensaio foi elaborado visando descrever a atividade educativa realizada nas quatro turmas do curso de formação de multiplicadores dos GTH de São Luís, no que se refere à Política Nacional de Humanização - PNH, destacando os principais conceitos e o modo de abordá-los no processo ensino-aprendizagem. O nosso objetivo é compartilhar um “modo de fazer” que experimentamos na construção deste

¹² Assistente Social e Psicóloga, Mestre em Educação em Saúde e Doutoranda em Saúde Coletiva, Coordenadora da Política Estadual de humanização da atenção e da gestão em Saúde do Ceará, Consultora da PNH/MS.

processo de formação, sempre provisório, pois que já é passado, o novo já se faz em outro tempo de experimentação, de uma vez que cada realidade, sujeitos e processos solicitam permanentemente criação e invenção.

A importância de uma mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, a fim de agregar à eficiência técnica e científica, uma ética que considere as necessidades do usuário e do profissional tem sido debatida por vários autores no campo da saúde coletiva (Campos, 2005; Deslandes, 2005; Barros e Passos, 2005; Puccini e Cecilio, 2005). Em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde trouxe as temáticas do acesso, qualidade e humanização na atenção com controle social, em busca da definição de políticas que tratassem destas questões e aperfeiçoassem o sistema (Brasil, 2001).

Embora sejam reconhecidos avanços na implementação do SUS, aplicados ao campo da elaboração de um conjunto de leis e normatizações institucionais e do desejo de expandir a cobertura, alguns desafios persistem referentes ao acesso aos bens e serviços de saúde, à participação dos usuários, à humanização no cuidado, gestão participativa, educação permanente dos trabalhadores e prática da interdisciplinaridade (MS, 2005).

De acordo com o documento da PNH (MS, 2005), o Sistema Público de Saúde se apresenta hoje burocratizado, autoritário e vertical, com baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, na gestão participativa, na qualificação dos trabalhadores, no trabalho em equipe e com falta de dispositivos de fomento para co-gestão, valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da cidadania e da saúde. No modelo de cuidados permanece o desrespeito aos direitos dos usuários, o foco na relação

queixa-conduta, sem ênfase na promoção da autonomia dos sujeitos. A humanização da saúde pública está, portanto, inserida no plano de ações do SUS, visando seu aprimoramento e guardando estreita relação com a promoção da saúde como campo teórico-prático-político em composição com os conceitos e posições do movimento da reforma sanitária (Campos, Barros e Castro, 2004).

Portanto, os benefícios decorrentes da implantação de uma política de humanização em saúde devem passar não somente pela redução das filas e do tempo de espera, mas também por um atendimento acolhedor e resolutivo que reconheça e identifique as necessidades de saúde de seus usuários, estabeleça uma gestão participativa, com fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários, trabalhadores e gestores. Os valores de autonomia, responsabilidade mútua entre os sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão são os guias deste novo ser e fazer em saúde.

A nossa intenção neste módulo sobre a PNH foi o de introduzir os seus principais conceitos, suas diretrizes, método, princípios e dispositivos a fim de que os trabalhadores tivessem uma noção geral sobre esses pressupostos e modo de operar da política. Entendemos a prática educativa não com o propósito de “repassar conteúdos ou passar teoria” mas como impulsionadora da atividade prática correspondente às situações vividas pelos sujeitos em sua experiência concreta (Freire, 2004). Assumimos a posição, portanto, de promover o processo de aprendizagem onde o texto fosse sendo co-produzido a partir dos saberes e conhecimentos dos participantes e do que era problematizado ou ofertado pela política sempre como possibilidade em aberto, constante devir, inacabado.

CAMINHOS METODOLÓGICOS

Os participantes eram trabalhadores dos diferentes níveis de atenção e gestão do SUS integrantes dos Grupos de Trabalho de Humanização - GTH, Comitê Municipal de Humanização e Conselho Municipal de Saúde, em São Luis, no Nordeste brasileiro, participantes em quatro turmas do curso de aperfeiçoamento para os Grupos de Trabalho de Humanização – GTH: “Caminhos para o Extraordinário”, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde nos meses de junho a dezembro de 2007.

Para Barros e Passos (2005), a PNH “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.” Inspirados nesta interação teoria e prática e na perspectiva de um processo educativo que integre as experiências dos sujeitos e favoreça seu protagonismo, decidimos trabalhar com metodologias interativas e reflexivas. Além de que o GTH é um espaço coletivo de potência criadora e crítica, e também de criação de laços e vínculos. Torna-se muito importante em processos de formação que as pessoas consigam se enxergar em sua singularidade, mas também na produção coletiva que as relações de diálogo e vivências propicia tendo como referencial o vivido no concreto da experiência social.

Sendo o propósito do curso, a qualificação dos GTH implantados nas 66 Unidades de Saúde do Município de São Luís, visando a valorização dos sujeitos e o desenvolvimento de conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a PNH, necessário se fazia incluir possibilidades de reflexão que promovesse a comunicação, o diálogo, a solidariedade e o respeito a diversidade para a atuação dos multiplicadores na rede

de unidades, nos Distritos Sanitários e em todos os níveis de organização e funcionamento da Secretaria Municipal. Juntamente com conhecimentos sobre a PNH, o desenvolvimento dessas atitudes e habilidades foram também favorecidas, a partir da problematização dos conceitos em função da realidade vivida pelos participantes, pois entendemos ser necessárias às mudanças na qualidade do atendimento da população.

Organizamos o processo de formação em diferentes etapas: a primeira - acolhimento e apresentação dos participantes; a segunda – identificando as necessidades e pactuando um acordo de convivência; a terceira – trabalhando o conceito de humanização; a quarta – histórico, diretrizes, método, princípios da PNH; e a quinta – dispositivos e modos de fazer: (re) construindo as ações. Essas etapas foram separadas para fins de apresentação, mas na prática se interrelacionaram provocando movimentos de ir e vir, pois se interpenetraram e se complementaram durante todo o processo de convivência e aprendizagem coletiva. Além do mais, o que relatamos é apenas uma pequena parte do curso que se estendeu em outros módulos temáticos que produziram novos conhecimentos, aprofundaram percepções e favoreceram o intercâmbio de experiências.

O desafio era em tempo tão curto [16h na primeira turma e 8h nas seguintes] favorecer que o grupo refletisse sobre os temas propostos à luz de suas experiências. Trabalhar conceitos sem “ensinar” como no diz Freire (2005), e ao mesmo tempo, favorecer esta produção de conhecimento e de sujeitos estabelecida em relações de diálogo e conversa no ambiente criado para esta troca interativa. Confiamos nos sujeitos, em seu saber e experiência e na sua capacidade de criar novos

desenhos. Fomos juntos construindo nossos entendimentos e ao mesmo tempo reconhecendo o que a PNH expõe como proposta. Como nos dizem Heckert e Neves (2007), a noção de formação deve ser entendida como “dispositivo potente de problematização de si e do mundo, pois o conhecimento não é um dado *a priori*, a ser descoberto, ele produz, num mesmo movimento, sujeito e mundo”.

As proposições pedagógicas utilizadas durante a formação foram a exposição dialogada, trabalhos em pequenos grupos, apresentações de grupo (plenárias) e dramatizações. Foram também utilizados outros recursos visando criar intercâmbio entre os participantes e reflexões, como músicas, mensagens selecionadas, textos, dinâmicas grupais, técnicas de relaxamento e visualização criativa. Vale ressaltar que cada turma requereu uma dinâmica pedagógica própria, pois nenhuma experiência se repetiu, isso exigia que fossem feitas modificações a cada momento e os recursos metodológicos variavam com as configurações dos grupos e características dos sujeitos.

Essa pluralidade de formas visava possibilitar maior interesse contemplando características múltiplas dos participantes; pois cada método pode em algum momento acionar uma expressão singular e coletiva na construção do conhecimento partilhado, favorecendo assim, ao despertar do trabalhador para a temática da humanização, incluindo a ele mesmo como este sujeito no contexto de sua própria vida. Trabalhamos ainda com a possibilidade de estimular a grupalidade de modo informal, assim todos os dias transcorria um almoço de confraternização no próprio local, além dos intervalos, favorecendo a descontração do grupo.

COMPARTILHANDO SABERES E CONHECIMENTO

Na primeira etapa do encontro oferecemos as boas vindas refletindo a partir de um poema de Cora Coralina intitulado “não sei” visando cogitar sobre a importância do conhecimento e de sua partilha. Complementamos a reflexão com uma frase de Paulo Freire: “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” no que destacamos a implicação de cada um e de todos no processo de crescimento do grupo. Essa dimensão interativa mobiliza e constrói a ética, o entendimento, o diálogo, a reciprocidade, o acolhimento, e principalmente, o respeito às diferenças. Talvez seja necessário reinventar o desenvolvimento de uma prática social transformadora, que visualize um mundo justo, uma cidade acolhedora, uma universidade aberta, enfim que o papel de educador se amplie, se alargue em busca de uma educação que inclua escutar o outro, na abertura, no diálogo, favorecendo a travessia entre a subjetividade e a objetividade (Scoz et al, 2000).

Uma questão fundamental nos processos de convivência em grupo e troca de experiências, é favorecer que as pessoas se conheçam num primeiro encontro, há uma tendência a receios de aceitação e sobre qual posição assumir no grupo. Além de que é importante o focalizador conhecer os participantes, seu nível de expectativa e conhecimento sobre o assunto em pauta e favorecer o conhecimento entre os membros do grupo. Com base neste exposto, seguimos para uma segunda etapa, fizemos o levantamento das expectativas do grupo, construindo um mural com os desejos; predominou o desejo de novos aprendizados e conhecimentos sobre a humanização. Foi favorecido o encontro em pequenos grupos que

descobriram entre si suas características, locais onde trabalhavam; apresentadas de forma criativa em formas de painéis, músicas e paródias.

Ampla discussão se deu em torno do conceito de humanização numa fase seguinte. Em alguns momentos [outras formas foram vivenciadas] propomos que pensassem uma experiência de atendimento no serviço, quer sendo atendido ou acompanhando alguém e tomassem nota dos aspectos que lhe chamaram atenção, sentimentos, atitudes etc. Em seguida partilhámos em grupo e posteriormente a partir da experiência vivida completavam a frase humanização é... Os participantes expressaram múltiplos conceitos. Dependiam de suas experiências, expectativas e posições ocupadas no sistema, desde a perspectiva da bondade como elemento constituinte de prática humanizada, atender bem, receber bem o usuário, até aspectos indispensáveis para sua consecução: condições de trabalho, valorização dos trabalhadores, local apropriado para realizar o trabalho, salários dignos. Alguns partilhavam suas histórias e eram analisadas na plenária em levando-se em conta o contexto e as situações quer favoráveis ou desfavoráveis.

A Política Nacional de Humanização (HUMANIZA-SUS) traz no seu conceito de humanização a conferência de valor aos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, tendo como instrumentos norteadores a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva na gestão. Alguns momentos de tensionamento foram observados entre os conceitos e as práticas existentes, refletindo-se sobre contradições, possibilidades e novas formas de enfrentamento das realidades desafiadoras.

Foi enfatizada a perspectiva de que o ser humano está em constante mudança e que enquanto ser concreto e social, a humanização se dá nas relações, no “entre” sujeitos que se encontram no cotidiano e que são guiados por uma ética. Como assinalam Barros e Passos (2005), o humano deve ser considerado a partir de sua existência concreta, em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos, pois à medida em que transformam realidades ao atuarem nelas, transformam-se a si mesmos.

Segundo Sampaio (2002), a humanização não é um conceito fechado, permanente; é dinâmico, conforme a sociedade, a cultura, o momento histórico, as necessidades individuais e coletivas, não sendo, portanto, passível de encerramento categórico. Humanização, para o referido autor, é uma problemática que envolve pelo menos sete campos de determinação:

O antropológico, o da cultura; ético, o do humanismo; político, o da cidadania; técnico sistêmico, o da qualidade, desdobrando cobertura, território, hierarquização e acesso aos níveis de atenção à saúde; técnico de serviço, o da qualidade de processos e produtos; estético, o da satisfação, desdobrando conforto, simplicidade, funcionalidade e beleza dos espaços; e psicossocial, o da satisfação, referente ao encontro significativo entre assistente, possuidor de alto poder simbólico, e assistido, vivendo situação-limite de fragilidade e vulnerabilidade (SAMPAIO, 2002,p: 8).

Puccini e Cecílio (2004) incorporam a essa discussão a idéia de “necessidade radical”, indicando que a humanização deve ser entendida como práxis transformadora e as respostas a essa problemática, hão de ser buscadas no processo social e

político dialógico entre os sujeitos e as condições concretas de vida. Neste sentido, as relações entre profissionais e usuários devem se caracterizar por serem relações entre sujeitos sociais cujos significados e expressões integram um projeto social mais amplo. O movimento da humanização delinea-se como uma força e um potencial de crítica e ruptura com um compromisso mercadológico obrigatório de tudo, com a normalização institucional pautada na lógica tecnoburocrática e busca do desempenho produtivo (Puccini e Cecílio, 2004).

Por último, considerando que a promoção da saúde é a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (MS, 2001), uma visão mais abrangente da humanização aponta para a promoção da saúde, representando uma ênfase na mobilização do usuário e trabalhador a serem sujeitos-agentes, manifestando um potencial transformador das novas práticas de lidar com saúde.

Aulas expositivas dialogadas foram utilizadas para a discussão do histórico da PNH na quarta etapa do trabalho. À medida em que conversávamos sobre os temas, os participantes traziam suas histórias vividas, quer como trabalhadores, quer como usuários do sistema. Já desde a década de 50 até 1970, o tema da humanização aparece ligado a documentos não oficiais, com uma mensagem de compaixão e compaixividade ou em movimentos sociais, como o da luta das mulheres na década de 1960. A partir da segunda metade dos anos 70, programas específicos do Ministério da Saúde a exemplo da humanização do parto com o projeto Mãe Canguru. Em 1999, pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde constata que a insatisfação dos usuários se situava em aspec-

tos relacionais e de comunicação. É desenvolvido o Programa Nacional de Humanização Hospitalar perdurando até 2002 quando no ano seguinte se cria a PNH.

Com a proposta de pública transversal de fortalecimento da rede SUS, amplia a visão da humanização para toda a rede de atenção e gestão. A política trabalha com o método da tríplice inclusão desses sujeitos, de analisadores sociais – situações do cotidiano que desafiam normas e modos de proceder instituído e de coletivos sociais – movimento sociais e grupos organizados.

As principais diretrizes que guiam o processo de humanização nos serviços passam a ser o acolhimento, a clínica ampliada, os direitos dos usuários, a saúde dos trabalhadores, a ambiência e a gestão participativa. A criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde – PNH, transversal em todos os programas, projetos e níveis, na atenção, primária, secundária e terciária, pressupondo as indissociabilidade atenção/gestão e clínica/política em saúde, vem contribuir para a mudança das práticas de saúde.

A atuação calçada numa dimensão ética de defesa da vida e cuidado, estética ao por em questão as normas e re-criação de novas formas, e política no sentido da inserção e participação nos coletivos e espaços de trabalho, estas constituem princípios fundamentais da PNH para práticas humanizadoras. Mas é aí, então, que a política de humanização se encontra com um de seus desafios que é a mudança das práticas de saúde de um modelo na atenção centrado na doença para um que considere a integralidade do sujeito doente e a qualidade de vida dos trabalhadores, de processos de trabalho verticalizados e centralizados para uma gestão participativa e de protagonismo dos sujeitos coletivos.

Neste movimento lança mão de dispositivos, arranjos ou modos de fazer que possam, como diz Ana Heckert, “produzir desvios, novas perguntas, desestabilizam uma certa situação colocando em cena questões que constituem certas práticas”. Na perspectiva da PNH, os dispositivos seguem uma leitura baseada em Foucault para quem o dispositivo se compõe de linhas de variação que se entrecruzam e se misturam, não sendo possível processos universais, mas sim processos singulares, múltiplos, que se dão na experimentação, em um devir próprio a cada realidade (Deleuze, 1990). O dispositivo consiste pois em arranjo de vários elementos – conceitos, valores, atitudes – mediante os quais se cataliza ou se potencializa um processo (Campos, 2005).

Significa dizer que ao propor um conjunto de dispositivos tais como: ambiência, clínica ampliada, gestão participativa e co-gestão, acolhimento com classificação de risco, direitos e deveres dos usuários, visita aberta e direito ao acompanhante, humanização e redes sociais, grupo de trabalho de humanização – GTH, Programa de Formação em Saúde e Trabalho – PFST e Comunidade Ampliada de Pesquisa – CAP, a política estabelece a conexão destes com as suas diretrizes, método e princípios ao mesmo tempo em que disparando mudanças nos processos de trabalho e no campo das relações sociais, provocam modificações entre si mesmos. Acionar mudanças na ambiência por exemplo, produz alterações nas relações ao convocar a equipe para discutir seus problemas e formas de utilização, sinalização, estética, acomodação e espaços de encontros existentes nos serviços. Essa discussão pode levar à necessidade de rever fluxos, situar o papel das equipes, discutir o acolhimento, as condições de trabalho dos trabalhadores.

Um aspecto muito importante, é que os dispositivos não devem ser implantados em si mesmos, eles precisam estar alinhados na realidade e em consonância com os princípios e diretrizes, sob pena de se transformarem em ação técnica, engessando processos de mudança ao em vez de atuar como possibilidade de criar novos enunciados, significados e práticas.

Outro aspecto importante é que a Política de Humanização se caracteriza pelo enfrentamento de algumas questões que hoje se colocam como desafios no SUS: fragmentação do processo de trabalho, desrespeito aos direitos dos usuários, baixa qualificação dos trabalhadores, sobretudo no trabalho em equipe, despreparo para lidar com a dimensão subjetiva somente para citar algumas. Essa aposta se aproxima do que Foucault chama de linhas de “fissura”, de “fratura”, são espaços sempre possíveis de possuir uma potência de resistência para algo novo a partir da ação dos sujeitos (Deleuze, 1990). Ao mesmo tempo em que a dura realidade pode trazer sentimentos de impotência, fragilidade, há neste mesmo contexto e situação, força de indignação e possibilidades de se criar algo novo que não seja o modo instituído.

Na quinta etapa do trabalho educativo, formamos grupos de forma aleatória, que deveriam discutir os dispositivos [escolhemos cinco em função das prioridades definidas no planejamento do Município]: ambiência, grupo de trabalho de humanização, acolhimento, gestão participativa, clínica ampliada, carta dos direitos dos usuários da saúde e valorização dos trabalhadores. Cada grupo recebia uma síntese sobre os dispositivos a qual continha o seu conceito, algum exemplo prático e três a quatro perguntas que versavam sobre o conceito em pauta com relação a sua vivência, uma situação

problema relatada e sobre sua própria percepção do dispositivo (Apêndice 1). Cada grupo escolhia um coordenador e um relator, este último circularia entre os outros grupos, apresentando por meio de uma síntese as ideias debatidas. Todos recebiam os textos com os cinco temas e cada participante-relator provocava a discussão em cada novo círculo que integrava. Os participantes recebiam os que chegavam e comprometiam-se em facilitar a sua integração e escuta. No final, em plenária, era feita nova rodada das discussões, na qual cada equipe apresentava o que construiu de conhecimento em torno do dispositivo em correlação com sua realidade. Esse foi um momento muito rico de troca de experiências e que o grupo considerou relevante para o exercício da escuta e da prática do trabalho em equipe.

Tardif (2002 p. 128) propõe uma pedagogia que priorize a “tecnologia da interação humana, colocando em evidência, ao mesmo tempo, a questão das dimensões epistemológicas e éticas”, apoiada necessariamente em uma visão de mundo, de homem e de sociedade. Neste sentido, uma prática pedagógica precisa ter uma dinamicidade própria que lhe permita o exercício do pensar reflexivo, conduza a uma visão política de cidadania, e que seja capaz de integrar a arte, a cultura, os valores e a interação, propiciando, assim, a construção da autonomia dos sujeitos e de sua ocupação no mundo de forma significativa.

As principais questões apontadas pelos grupos nas discussões com relação à realidade concreta experimentada no cotidiano, suas dificuldades/possibilidades ao atendimento do usuário e satisfação do trabalhador, e o que os dispositivos poderiam operar de mudanças, são descritas a seguir.

No tocante à *ambiência* os trabalhadores se referiram a “construções que não respeitam os princípios do SUS”, condições das instalações físicas precárias como “sinalização”, “ventilação”, “existência de grades”, “odores desagradáveis”, “mobiliários quebrados” e “falta de manutenção”. Na compreensão dos trabalhadores, a finalidade da ambiência “é criar espaços acolhedores tanto para usuários como para os trabalhadores e gestores, propiciando a integração[...] e os serviços de saúde devem se transformar para atender às necessidades sociais” desses sujeitos. Propuseram que “os trabalhadores se organizem nos serviços de saúde para discutir e (re)construir seus espaços sociais de trabalho, partindo de concepções ampliadas do ambiente de trabalho”. Todas as condições elencadas deveriam ser avaliadas para que houvesse melhorias com reformas e ampliação das unidades de saúde; além disso registraram a importância da criação de espaços de encontro, como áreas de “jardinagem” e de “lazer” oferecendo um ambiente acolhedor para todos.

O *acolhimento e acolhimento com classificação de risco* foi ressaltado como de fundamental importância para organizar os atendimentos na rede assistencial, sendo necessário “profissional capacitado para identificar e classificar o risco” diante da variedade de casos e situações que o dia a dia dos serviços apresenta: pacientes hemofílicos, politraumatizados, queimados, diabéticos, hipertensos, com problemas de anemia falciformes, dores intensas, dentre outros. Uma compreensão maior do modo de iniciar o acolhimento foi compartilhada, com as etapas de envolvimento da equipe, oficinas, rodas de conversa, discussão de fluxos, protocolos e qualificação da equipe para uma atitude acolhedora, resolutiva e co-respon-

sável. Destacaram ainda a importância da organização da rede de referência e contra-referência no município que demandava maior ampliação, organização e melhor estrutura para que ocorresse o acolhimento na prática.

No dispositivo *gestão participativa e cogestão* divergiram as opiniões sobre até que ponto a participação dos trabalhadores se efetiva nas tomadas de decisões nas unidades. A maioria está situada em ambientes com estilos gerenciais mais centralizadores onde “a direção é quem decide” e pouco escuta os trabalhadores; já outros relataram que estão inseridos em contextos que são favorecidos por processos participativos a tomarem decisões e que as opiniões se fazem ouvidas, “prevalecendo a da maioria”. É preciso sempre cuidado com esta maioria, porque a maioria também defende posições muito complicadas. Os participantes destacaram a importância de conexão entre as instâncias participativas dentro da unidade, como GTH, CIPA, Conselho Gestor, Ouvidoria, bem como a necessidade de um incremento da participação e responsabilização dos trabalhadores, devendo esse dispositivo atravessar todas comissões e/ou grupos existentes nas unidades. Esse fato demonstra a verticalidade do modelo de gestão que a política de humanização procura transpor para uma transversalidade que se concretiza na participação dos trabalhadores pelo seu protagonismo e autonomia.

Campos (2005) afirma que a humanização depende da democratização das relações interpessoais e da democracia nas instituições, necessitando aperfeiçoar o sistema de gestão compartilhada em todos os recantos do SUS. Está sujeita ainda, a mudanças das práticas em saúde, dando ênfase a valores ligados à defesa da vida na possibilidade de ampliar a

desalienação e transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso, permeado de solidariedade e apoio social. Na perspectiva da indissociabilidade entre gestão e atenção, os participantes comentaram que a *Clínica Ampliada* requer compromisso de gestores, trabalhadores e usuários: “os serviços de saúde estão cada vez mais convocados a se estruturar através da integração de diferentes profissionais, buscando um modo de organização do trabalho centrado em equipes multiprofissionais que planejem, avaliem e tomem decisões coletivamente”. Para a implantação de uma escuta qualificada e de um projeto terapêutico singular, mudanças seriam necessárias contemplando “melhoria das condições de ambiência”, das “estruturas físicas”, “profissionais em quantidade e processo de educação permanente”, “acolhimento” e outras.

A participação como membro de um *GTH* era um papel desempenhado pela maioria dos participantes, o que tornou este dispositivo visado por grande parte dos presentes os quais afirmavam a necessidade em discutir no que consistia sua atuação. A compreensão de que este era “um dispositivo de gestão participativa que age no suporte e auxílio para a melhoria dos serviços” apareceu nas falas, bem como a idéia de que o *GTH* se envolve na “promoção do envolvimento de todos com a humanização”, e para isso precisa de uma atitude de “acolhimento, escuta, empatia e de um processo de educação permanente” vivenciado pelos seus integrantes. Estabelece ainda parcerias com a comunidade – igrejas, escolas, associações, conselho gestor, sindicatos etc. Havia uma percepção do *GTH* como se ele fizesse a humanização acontecer, promovendo ações, mas pouco problematizando questões ou fazendo uso de analisadores sociais frente aos desafios cotidia-

nos para encetar propostas de mudanças. Refletimos sobre o duplo papel do GTH entre o instituído e o instituinte, as possibilidades de, a partir dos coletivos, provocar questões que favorecem o repensar e refazer de novas maneiras na produção de saúde e de sujeitos. Sua corresponsabilização na busca de soluções para os problemas torna-o capaz de criar confiança a partir da discussão das diretrizes e dispositivos da PNH expressos na realidade concreta dos processos de trabalho dos serviços de saúde.

A *Carta dos Direitos dos Usuários* foi o sexto dispositivo refletido com os participantes, a partir da versão ilustrada (MS, 2006), sendo os participantes levados a pensar sobre como esses direitos eram efetivados na prática. Muitos relataram não conhecer os direitos dos usuários, sugeriram que fossem divulgados em todas as áreas e que deveria ser elaborado os “direitos e deveres dos trabalhadores”. O desafio parece se constituir tanto no campo da educação para a cidadania como em ações capazes de desestabilizar culturas arraigadas de discriminação e exclusão, normas cristalizadas, práticas de vigilância sanitária e de gestão pública que pouco incluem a perspectiva dos sujeitos em suas decisões ou consideram suas necessidades. Um maior controle social deverá surgir pelo conhecimento e controle social pelo exercício na prática dos direitos de cidadania, onde o usuário e trabalhador possam ir “perdendo o medo” de questionar sobre seus direitos exercendo assim ser protagonista social (Nations e Gomes, 2007).

Por último comentamos sobre o dispositivo *trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores* (somente numa turma). Trabalhamos os conceitos de trabalho e saúde partindo das noções do grupo e refletindo sobre a valorização do tra-

balho como atividade humana, os sentidos que encerra, sua natureza, as contradições no sistema capitalista ao exprimi-lo como realização e ao mesmo tempo como fardo. A perspectiva da integralidade no conceito de saúde foi bastante referida pelos participantes e também o entendimento de que é um direito social, mas ainda “muito longe de se praticar”.

Refletimos sobre a importância da participação dos trabalhadores na solução dos problemas que interferem na sua saúde; assim como a capacidade de inventar normas para o enfrentamento da realidade, visando transformações de condições e transformando-se a si mesmo neste processo (Barros e Passos, 2005).

Propusemos uma atividade em grupo de reflexão sobre como está a saúde e qualidade de vida; quais as principais questões que caracterizam o trabalho na saúde e o que temos feito para superar as adversidades cotidianas. A maioria dos participantes se percebe “estressado”, com “sobrecarga de trabalho” tendo sido citados alguns problemas como “solidão”, “ansiedade” e “angústia” produzidas pelas dificuldades encontradas no exercício de seu ofício. O mundo do trabalho foi apresentado como “desafiador”, pois possui insuficiências, sobretudo de ordem estrutural, humana e gerencial: “falta de condições de trabalho” apropriadas, “descompromisso”, “trabalho interdisciplinar”, “falta de capacitação”, e “baixo nível de resposta aos problemas identificados nas práticas profissionais e de gestão”.

Alguns trouxeram a noção de que “falta interesse para realização de exames e consultas”, revelando pouco cuidado consigo mesmo; outros que se consideram “cl clinicamente bem, porém mantém uma vida sedentária”. Reconhecem a necessidade de dedicar mais tempo para si, realizar atividades físicas, fazer exames periódicos, investir em seu crescimento

profissional, refletir sobre a sua existência; dedicar mais tempo a suas famílias e amigos. O enfrentamento dos problemas parece se concentrar mais em atitudes individuais como “apoio familiar”, “cultivo da vida espiritual”, sentimento de “esperança”, do que coletivas, embora tenham expressado a necessidade de continuar em busca de mudanças das situações que tornam o trabalho menos digno: “apesar do momento de crise e incerteza que todos nós estamos atravessando e que nos atrapalha no desenvolvimento de nossas atividades e no alcance de nossos objetivos, que reflete negativamente na nossa saúde física e emocional, acreditamos que podemos superar as dificuldades se persistirmos e não desistirmos”.

CAMINHANDO POR NOVAS TRILHAS

O processo educativo vivenciado no curso a partir das discussões em torno da PNH possibilitou construir caminhos de interação entre as pessoas, novos aprendizados e troca de experiências. Percebemos que a prática reflexiva integrada com elementos da experiência vivida é matéria prima dos processos de formação. O lúdico, a perspectiva da integralidade aplicada ao contexto educativo favorece um clima menos tenso e permite mais criatividade e espontaneidade no compartilhar o conhecimento.

Para nós permanece o desafio de aprofundarmos as formas de construir processos de formação em humanização. Colocar em análise nossa própria atuação e proposições, aperfeiçoar esta arte e métodos, num processo de aprender sobre o que já foi, embora compreendendo que o novo só pode emergir na experiência de cada momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, R. B.; PASSOS, E.– Humanização na saúde: um novo modismo?– **Revista Interface- Comunicação, Saúde, Educação** – Seção debates. V. 9, n. 17. mar/ago. p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. 11ª **Conferência Nacional de Saúde** (Relatório final: O Brasil falando como quer ser tratado). **Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001.

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.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.;CASTRO, A . M. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** v. 9, n. 3. jul/set. p. 746-749, 2004.

DELEUZE, G. **Que é un dispositivo?** In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990. pp. 155 – 161. Tradução de Wandererson Flor do Nascimento. Disponível em: <Mhtml:file//C:\Documents%20and%20Settings\Administrador\Configurações%20locais> Acesso em 8 jun. 2008.

DESLANDES, S. F. O Projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação**. V. 9. n. 17. mar/ago. p. 401- 403.2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

HECKERT, A L C.; NEVES, C A B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Pinheiro, R.; Barros de Barros, M. E.; Mattos, R. A de. 1ª ed. IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, Rio de Janeiro:RJ, 2007. p. 145 –160.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Promoção da Saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa-fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Ministério da Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: MS, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS:** política nacional de humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2006.

NATIONS MK, GOMES AMA. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad Saúde Pública** 2007;23(9)2103-12.

Passos E (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 20. n. 5, set/out. 2004. p. 1342-1453. Disponível em <www.scielo.br> Acesso em: 16 nov. 2004.

SAMPAIO, J.J.C. **Relatório Final do Projeto-Piloto,** Caso Regional Nordeste 1: Hospitalar, 2002.

SCOZ, B. (ORG) **(POR) uma educação com alma.** A objetividade e a subjetividade nos processos de ensino/aprendizagem. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 2000.

TARDIF, M.. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

Apêndice 1 – Exemplo de texto para reflexão

Ambiência: humanização dos “territórios” de encontros do SUS*

- **Refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana.**
- **Considera além da composição técnico, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas num tempo e espaço, por pessoas com valores culturais e relações sociais peculiares.**

Segue primordialmente três eixos interligados:

O espaço que visa à confortabilidade na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia - e garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários. Confortabilidade, estética, informação e sinalização, higiene, arte, luz, cores, privacidade, cheiros e sons etc.

O espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e da reflexão sobre os processos de trabalho: concepções arquitetônicas que removam grades, muros, acessos por praças, centros de convivência etc.

O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

A ambiência por si mesma não muda o processo de trabalho, ela precisa estar conectada a outros dispositivos da PNH.

Relato de experiência:

A enfermaria da ortopedia foi reformulada, contemplando todos os ambientes necessários para a atividade a que se destina, porém concebendo e organizando o espaço de uma maneira diferente: os 10 leitos que anteriormente dividiam em 3 quartos, com espaços fragmentados, pouco otimizados e que inviabilizavam a presença do acompanhante, hoje estão dispostos em um amplo salão ao redor de um posto de enfermagem central – separados por cortinas divisórias, propiciando tanto a privacidade dos usuários e seus acompanhantes, como a vigilância e fluidez ideais para o trabalho de enfermagem. A otimização do espaço possibilitou o trabalho com uma equipe única e multiprofissional, além de ter ampliado o espaço de acomodação, proporcionando a presença de acompanhantes. Foi também desenvolvido um trabalho com cores e arte, que tornou o ambiente acolhedor e menos estressante. Essas transformações conceituais somente foram possíveis devido à participação dos trabalhadores e usuários no processo de discussão e construção do projeto.

A partir da leitura do texto, discuta com o grupo:

4. O que significa trabalho para você ? E saúde? Como é seu ambiente de trabalho?

5. Quais as principais dificuldades/facilidades têm sido vivenciadas, no seu espaço de trabalho, no que se refere à ambiência?
6. Quais ações são necessárias para que se tenha uma ambiência adequada - conforto, informação, sinalização e acessibilidade etc - no cotidiano dos serviços?
7. Como os trabalhadores podem participar nesta construção?

* Elaborado a partir do texto: Ambiência: humanização dos “territórios” de encontros do SUS da Formação de Apoiadores para a PNH.



III ETAPA

**VIVENCIANDO EXPERIÊNCIAS:
SUPERANDO AS ADVERSIDADES**

*Conversando sobre a morte com
trabalhadores do SUS/São Luís: “alguém
gostaria de morrer sozinho?”*

Erasmio Miessa Ruiz¹³

Este Quarto...

*Este quarto de enfermo, tão deserto
de tudo, pois nem livros eu já leio
e a própria vida eu a deixei no meio
como um romance que ficasse aberto...*

*que me importa esse quarto, em que desperto
como se despertasse em quarto alheio?
Eu olho é o céu! imensamente perto,
o céu que me descansa como um seio.*

*Pois o céu é que está perto, sim,
tão perto e tão amigo que parece
um grande olhar azul pousado em mim.*

*A morte deveria ser assim:
um céu que pouco a pouco anoitecesse
e a gente nem soubesse que era o fim..*

(Mário Quintana)

13 Psicólogo, Mestre e Doutor em educação, Professor Adjunto da Universidade Estadual do Ceará-UECE, Consultor da PNH/MS.

Falar sobre a morte é algo sempre desafiador. Não que o tema esteja afastado da vida de todos. Estamos longe de ser leigos a respeito da morte, pois a temos como “companheira” desde o momento em que nascemos. Um dia, sem retoques, ela apareceu em nossas vidas, forçando-nos a buscar sentidos que pudessem explicá-la. Pode ter sido no dia em que perdemos um avô, um amigo na tenra infância ou então um animal de estimação, daqueles que era tratado como gente. A dor de ter de matar a “Baleia”, a cadelinha de “Vidas Secas”, era exatamente essa. Ela havia deixado de ser um animalzinho e já se transformara em gente.

É no contato com a morte do outro que buscamos algum sentido para nossa vida e a nossa morte. Não é coincidente que muitas vezes os enlutados expressem a sensação de ausência de sentido diante da morte com frases do tipo: “Isso não é possível”, “não acredito que isso aconteceu”, “por que Deus fez isso comigo?”, “por que ele e não eu?”. Junto a essas frases podem aparecer raciocínios típicos da medicina legal, uma curiosidade sobre as causas da morte com especulações sobre o que teremos de fazer para que o infarto não ocorra também conosco. É possível concluir assim que a morte em nosso cotidiano vai gradualmente deixando de ser o terreno das especulações metafísicas para se transformar em objeto de curiosidade e discussão com roupagens tidas com científicas. Se antigamente a morte de alguém despertava o interesse para saber e/ou relembrar o que o morto havia feito em vida, hoje temos a disposição os infográficos dos jornais que nos mostram como o tumor do cantor famoso se desenvolveu no seu corpo. Mas quando morre alguém próximo de nós é que temos uma consciência mais nítida dos impactos existenciais

representados pela morte. Pouco nos importa nesse instante saber se foi câncer ou aneurisma. Trata-se de tentar preencher o vazio deixado pela morte e se deparar com célebre constatação de Goethe: “a morte é uma impossibilidade que repentinamente se realiza”

O sociólogo inglês Geoffrey Gorer escreveu em 1955 um ensaio intitulado “The Pornography of Death”. A princípio, o nome parece no mínimo estranho. Qual seria o sentido de se falar da morte como pornografia? Estaríamos diante de um estudo sobre a necrofilia e todo seu entorno de fantasias e manifestações psicopatológicas? Ou então, mais uma crítica literária sobre a obra do Marquês de Sade? Seria um passeio por publicações de vanguarda que exploraria o uso da morte como objeto de erotismo na arte e na literatura contemporâneas?

Difícilmente alguém se sentiria a vontade ao abrir uma revista erótica durante um jantar de família ou lê-la no caminho do trabalho dentro do ônibus. Obviamente que essas circunstâncias nos mostrariam que vivemos a sexualidade ainda com certo gosto de proibido, tão proibido que a mídia a transforma em mercadoria, vendendo corpos no formato de fotografias e filmes para atiçar nossos desejos ou mediando as imagens eróticas como chamarizes para outros produtos como acontece, por exemplo, com as propagandas de cerveja. Existe toda uma estética da mercadoria com forte marca erótica. Os corpos vendem tudo, de máquinas de lavar aos produtos funerários.¹⁴

Assim, diferente de outras épocas, podemos falar de sexualidade de uma maneira mais aberta. Os corpos acham-se

14 Recentemente, uma fábrica de urnas funerárias na Itália associou seus produtos aos corpos de voluptuosos modelos em trajes íntimos. De aparente mau gosto, a campanha objetivava atingir aos donos de empresas funerárias, em expressiva maioria formada por homens.

mais expostos, os estereótipos sobre a forma como os gêneros expressam sua sexualidade vão se tornando mais e mais questionados. Convivendo com a figura da mulher submissa e “assexuada”, surge o papel da mulher protagonista e inserida no mundo da produção, sexualmente ativa, que exige boa performance sexual do parceiro. Junto ao homem machista, aparecem perfis masculinos mais receptivos ao tradicional papel de cuidado feminino com a prole e com o próprio corpo, realizando profeticamente a letra da música “Super-Homem” de Gilberto Gil: “...minha porção mulher que até então se resguardará, é a melhor porção que trago em mim agora, é o que me faz viver!”.

É importante ressaltar que se antes a expressão pública da homossexualidade era aparentemente mais contida – lembremos aqui a famosa definição de Oscar Wilde para o homo-erotismo: “O amor que não ousa dizer seu nome” - hoje, vivemos uma perspectiva onde o preconceito contra homossexuais é cotidianamente denunciado como “homofobia” e o aparato legislativo começa a produzir adaptações mais ou menos radicais para assimilar a regulação das uniões homossexuais implicando, entre muitos aspectos, a discussão de novos desenhos de família. Além disso, os movimentos de liberação homossexual ganham mais espaços na vida social como fica evidenciada pelas “paradas do orgulho gay” que acontecem nas grandes cidades espalhadas pelo mundo.

Alguns mais apressados concluiriam então que estamos a um passo de uma sociedade livre de tabus, mais inclusiva e solidária, pois não é isso o que parece estar acontecendo com a sexualidade?. Isso não é verdade. Para Geoffrey Gorer, a morte em parte assumiu o papel do sexo enquanto um

tabu. É sobre ela que não podemos falar, passou a ser um assunto negado, um aspecto da nossa existência escondido a sete chaves, algo que não pode ser nem que levemente evidenciado, evento que causa intensa curiosidade, mas ao mesmo tempo “vergonhoso”, discutido entre poucos ou com vivência restrita a própria individualidade. A escondemos das crianças usando de eufemismos como antes fazíamos em relação a origem dos bebês. Daí então a similaridade metafórica com a pornografia: lidamos com a morte de forma ambígua; dela tudo queremos saber e não saber, tudo vivenciar e negar, vê-la como uma forma de espetáculo estético, mas nunca participar do espetáculo, algo que diz respeito aos outros e não a nossa existência individual concreta.

Quando a morte acontece, e as estratégias de sua negação simbólica falham, nosso sofrimento diante dela amplifica-se além do esperado ou, então, esbarra num muro de insensibilidade caricata. Sob certa ótica, principalmente com relação ao complexo de disciplinas que se constituem a partir do saber biológico e médico, a morte passou a ser uma doença incurável, um mal que “envergonha” aquele que vai morrer diante dos trabalhadores de saúde, estes também “envergonhados” e ao mesmo tempo “culpados” por encontrarem os limites dos seus saberes.

É verdade que podemos passar a vida toda negando a morte enquanto uma possibilidade concreta. Isso em si mesmo parece não ser algo restrito a nossa época. Historicamente a religião e os mitos sempre sinalizaram a morte como uma espécie de desconforto, uma punição dos deuses pela nossa desobediência, algo que só os seres humanos especiais poderiam de alguma forma tentar vencer. No antigo mito caldeu-babi-

lônio da Epopéia de Gilgamesh, é a personificação de um ser humano concreto que renega o fato inelutável da morte e, lutando contra deuses e monstros, sai em busca de um remédio que possa dar a imortalidade aos homens. Para tanto, sai à caça da erva mágica, mas acaba por perdê-la furtada por uma serpente às portas de sua cidade que dela se alimenta tornado-se imortal¹⁵. A moralidade desse mito deveria ser arduamente discutida nos cursos de medicina e enfermagem. Sinaliza que a obstinação diante da morte é inútil e que não estamos aqui para lutar contra ela e sim para tentar viver de forma feliz e digna, principalmente pela constatação inequívoca de que a vida é finita, uma dádiva, seja dos deuses, seja do acaso.

Contraditoriamente, quando buscamos a imortalidade afirmando nossos deuses, estamos realçando um pouco da nossa descrença nos entes que criamos para explicar o que efetivamente desconhecemos. De outra maneira, por que buscar a imortalidade nesse mundo se Gilgamesh sabia-se possuidor de uma alma imortal? Por que temos tanto medo de morrer se a maioria de nós declara acreditar na existência de uma vida depois dessa? A única resposta plausível é que no âmago de qualquer sistema religioso habita o princípio da dúvida de que aquilo que ele apregoa como real não seja verdade. Se o homem precisa afirmar a possibilidade de uma pós-vida, de fato, os mitos parecem sinalizar que não queremos morrer. Existe muito da condição humana negadora da morte colocada no desejo de Orfeu em trazer de volta sua Eurídice do Hades ou de Sísifo em enganar os deuses para ficar mais tempo desfrutando dos prazeres humanos.

15 Para os antigos sumérios esse era o motivo das serpentes sempre trocarem de pele. Na verdade elas nunca morriam porque sua ancestral teria roubado a erva da imortalidade conseguida por Gilgamesh.

São justamente nos sistemas religiosos, produtores de mitos e sagas, que encontraremos os primeiros indivíduos claramente denominados: Gilgamesh, Jasão, os personagens da *Ilíada* e da *Odisséia*, o Moisés bíblico, o Buda das sutras ou o Jesus dos evangelhos. Quase todos são personagens provavelmente oriundos de personalidades humanas concretas, dotadas de singularidade que ora afronta os deuses e ora os invoca para buscar aquilo tudo que o gênero ainda não poderia ser e/ou realizar. Se Feuerbach estava correto ao afirmar que toda religião é uma antropologia, de que os deuses refletem muito das características daqueles que neles acreditam, uma das buscas do gênero sempre foi realizar em seus deuses muito do desejo fantasioso que, em grande parte, o homem contemporâneo já concretiza na miríade de desdobramentos permitidos pela tecnologia. Antes, Deus apresentava-se a Moisés num arbusto ardente, hoje assistimos via satélite as olimpíadas. Jesus curava coxos, surdos e cegos, hoje conseguimos realizar eventos similares nas salas de cirurgia e reabilitação. Com o passar das décadas, mais e mais o gênero humano vai realizando aquilo que antes estava restrito imaginariamente aos seus deuses. Mas ainda faltam muitas coisas a serem “arrancadas” dos deuses. Basicamente, eles são imortais porque os homens morrem. Os deuses ressuscitam porque os homens não querem morrer. A Fênix volta das cinzas porque os homens não aceitam a vulnerabilidade da matéria de seus organismos. Jesus morre afirmando sua condição humana, mas como um ser humano com natureza divina retorna dos mortos três dias depois da crucificação porque não aceitamos o fato de que a morte seja um fim absoluto. Em cada mito ancestral a morte se afirma e é negada.

O homem quer fugir da dor e do sofrimento e a morte parece se configurar como um dos eventos que nos torna mais vulneráveis às dores de todo tipo. Para ela sempre buscamos remédios, seja para o corpo, seja para o espírito. Essa busca está presente, até hoje, na capacidade do homem produzir sua individuação sobre o mundo, mobilizando o cotidiano de extensos agrupamentos, construindo instituições, moldando a cultura e os comportamentos em nome de crenças que levam a maior parte do gênero a cuidar da vida cotidiana pensando num porvir além da morte, ainda que carregando no peito o princípio da dúvida ansiosa¹⁶. Talvez a solução deste conflito estivesse presente desde os estertores do mundo greco-romano quando Diógenes de Enoanda, o último grande filósofo epicurista da antiguidade clássica, mandou gravar na parede de um pórtico uma mensagem que seus contemporâneos, já dominados pelo terror e superstição plantados pelo cristianismo, eram incapazes de compreender:

Conduzido pela idade até o ocaso da vida e esperando a todo o instante despedir-me do mundo com um cântico melancólico sobre a plenitude da minha felicidade, resolvi, temendo ser colhido inesperadamente, prestar ajuda àqueles que se encontrem em boa disposição. Se uma pessoa, ou duas, ou três, ou quatro, ou quantas quiserdes, estivessem aflitas e me chamassem em seu auxílio, eu faria o possível por lhes dar o meu melhor conselho. Hoje, como disse, a maior parte dos homens estão doentes, como se uma epidemia se tivesse declarado, devido às suas falsas crenças sobre o mundo; e

16 Curioso notar que grande parte dos monumentos legados pela antiguidade estejam relacionados às crenças e à relação do homem com a morte. Interpretações recentes sobre a construção das pirâmides do Egito – imensos monumentos funerários – tendem a questionar a hipótese de que elas teriam sido construídas por mão de obra escrava mas sim por trabalhadores assalariados e/ou voluntários. A magnitude destas construções sinalizam para toda uma sociedade que mobilizava suas energias para sua realização. Toda uma civilização e cultura, a partir da mobilização coletiva de seus membros, afirmava solenemente a “impotência” da morte.

o mal agrava-se porque, por imitação, transmitem-no, uns aos outros, como os carneiros. Além disso, é de justiça prestar auxílio àqueles que nos sucederão. Também eles são nossos apesar de não terem ainda nascido. O amor pelos homens obriga-nos a ajudar os estranhos que venham a passar por aqui. E dado que a boa mensagem do livro foi já muito conhecida, resolvi utilizar essa muralha e expor em público o remédio para a humanidade. (Diógenes in NIZAN, 1989)

Esse remédio era o *tetrafarmakon*, o quádruplo remédio das doutrinas de Epicuro. Resumia-se em doze palavras gregas que significam:

Nada há a temer dos deuses
Nada há a temer da morte
É possível atingir a felicidade
É possível suportar a dor

Hoje parte do *tetrafarmakon* adquiriu uma existência concreta. Abandonou o terreno da filosofia, ocupa as prateleiras das farmácias. Diante da ameaça de uma dor de cabeça podemos tomar uma aspirina. Um terrível dor de ente pode ser mascarada por potentes analgésicos. A anestesia permite que vastas cirurgias possam ser realizadas por muitas horas. Podemos controlar a dor, mas, ao contrário do que queria Diógenes, hoje “tudo temos a temer da morte”. A prática médica conduz a finitude cada vez mais à velhice. Além disso, até o fim, parece cercá-la de ações que a negam de forma doentia. Estamos falando aqui dos procedimentos que deixam de ser terapêuticos colocando os pacientes no doloroso processo da distanásia. Milhares de páginas sobre bioética já foram escritas tentando identificar onde começa a busca pela saúde, e como tudo pode terminar numa sala lotada de aparelhos

que manejam um corpo transformado em bomba bioquímica prestes a implodir em meio à dor e sofrimento constituídos pelo mesmo conhecimento que deveria estar sendo utilizado para deixar a vida seguir seu rumo natural que é a finitude, de preferência, em paz e na ausência do sofrimento.

Todos nós, independente de credos e princípios filosóficos, não podemos nos furtar do experienciar a morte. Schopenhauer identificou essa questão com toda a propriedade. É o preço que pagamos por não estarmos presos ao presente como acontece aos outros animais. Nossa consciência vislumbra o futuro com base no passado vivido. É essa visão ampliada do tempo que produz na consciência a previsibilidade da morte, reconhecendo seu aspecto mais terrível, a perspectiva da sua irreversibilidade. A realidade existencial, cedo ou tarde, nos reservará a presença da morte do outro. Esse é o preço que pagamos por permanecermos vivos. Mas existem grupos onde esse contato é mais diuturno. Referimo-nos aqui aos profissionais de saúde. Se estes trabalhadores não perceberem a morte enquanto fato da existência pessoal, se não a discutirem à luz da ciência e com base na inestimável experiência pessoal; então, como lidar então com a morte dos outros? Como nos alerta Elias (2001), a resposta a esta questão pode ser dada pela maioria dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas e se resume ao binômio insensibilidade-incapacidade, construído para proteger o trabalhador do sofrimento de experienciar a morte do outro.

Esse é um grande desafio. Precisamos da experiência alheia para a nossa própria experiência e não há como evitar sentir um pouco daquilo que o outro sente. Significa então que, para sermos bons profissionais, temos que estar habilitados a empatia, a essa capacidade abstrata de se colocar no lugar do

outro e se alegrar com sua felicidade ou sofrer um pouco com sua dor. Mas, no caso da morte, a maioria de nós é incapaz de fazê-lo, em parte porque nos eximimos de discutir a morte enquanto fenômeno vital, existencial e profundamente pessoal. Para os seres humanos, antes de ser um fato biológico, a morte é um fato biográfico. Quando alguém morre, esse fato não será redutível ao biológico que a tudo padroniza em suas descrições e generalizações precisas. A morte de alguém significa o fim de uma vida concreta e todas as suas repercussões mais imediatas na vida dos outros. É neste sentido que temos de entender a célebre frase de Norbert Elias: “a morte é um problema dos vivos”. A este problema temos que dar inúmeras respostas sobre o que faremos de nossas vidas na ausência de quem partiu, que ritos de partida serão utilizados, como o luto será elaborado, como os cadáveres serão tratados, se existirão ou não monumentos fúnebres, como a memória dos mortos será ou não preservada, como legaremos às novas gerações formas socialmente estruturadas de como se comportar diante da morte e do morrer, etc.

Esse é o paradoxo: a morte faz parte da nossa existência e é um dos fenômenos do viver. Só podemos falar em atividade vital diante do seu contrário, só podemos qualificar o viver diante do morrer, só podemos possuir uma vida em plenitude quando aceitamos determinados fatos decorrentes dela, incluso o fato inelutável da morte que em hipótese alguma pode ser modificado. Como fato biográfico, a morte sinaliza a interrupção de projetos, implica na necessidade de se construir elaborações onde os seres humanos possam justificar a própria condição humana mortal, implica na configuração de toda uma arte que literalmente ensine e prepare cada individualidade para sua morte. Foi por isso que os filósofos em

sua maioria sempre tiveram a morte como uma grande questão. Embora a problemática da morte pudesse ser pensada de muitas formas, um consenso perceptível sinaliza para a necessidade de incluirmos a morte na equação da existência. Por esta razão é que a filosofia greco-romana invoca o destemor pela morte, como nos ensinou Epicuro, seja porque enquanto somos ela nada é, seja porque quando ela for, nada seremos. Invoca também a sua familiaridade em nossa existência como nos lembra Sêneca, porque a morte já faz parte o tempo todo de nossas vidas pessoais, não é um acontecimento futuro, pois cada hora vivida e imersa no passado significa que nossa vida já habitaria o território da morte.

A nossa socialização tende a nos legar um conjunto de senhas e comportamentos extremamente úteis a nossa vida em grupo. Cada um desses comportamentos adquire um certo caráter singelo na medida em que se adapta às expectativas normativas mútuas. Neste sentido, só nos alertamos à falta de educação de alguém na medida em que temos frustrada nossa expectativa diante de um cumprimento. Da mesma forma, quando perguntamos as horas, tanto a pergunta quanto a resposta escondem complexidade de conceitos e ações estruturadas para a construção do repertório desempenhado (noções básicas e matemática, ter sido exposto ao conjunto de ações que mediarão as noções historicamente construídas sobre o tempo, uma organização social do trabalho que regule as sinalizações temporais da natureza e imponha um ritmo específico às necessidades da produção de bens e valores no próprio funcionamento dos nossos corpos, ter conhecido socialmente o objeto relógio, etc). Ou seja, só podemos produzir uma resposta segura à pergunta “que horas são?” porque houve toda uma trama civilizatória que engendrou a cena em

questão sem que o sujeito que pergunta e aquele que responde tenham consciência clara disso, embora participem dessa trama o tempo todo. Mas esqueçamos do tempo por alguns minutos. Vamos propor agora uma pergunta ainda mais singela do que saber as horas: o que teremos de fazer quando descobriremos que estamos, de fato, morrendo?

Diferente do que é para outras instâncias de vida social, parece que não há mais uma mobilização da vida coletiva em torno dessa questão que estimule a produção de uma “ars moriendi”¹⁷, na verdade, essa questão aparece sempre pelo seu reverso, numa ânsia sem limites que estructure suas forças na produção de uma “arte de fugir” da morte. Como nos mostra o clássico filme de Bergman (“O Sétimo Selo”), não podemos de fato fugir da morte, pois ela já está conosco desde sempre. Se antes os homens buscavam respostas frente a questão da morte, agora nos furtamos de buscar respostas pela ilusão dela estar objetivamente controlada pelo saber médico. Se antes existiam complexos processos socializadores que literalmente ensinavam as pessoas a morrerem¹⁸, agora as crianças são “poupadas” ou enganadas quando querem saber mais a respeito. Se o brinquedo sempre foi útil não só pela sua dimensão naturalmente lúdica, mas também pelo seu caráter pedagógico e dramático, cabem as seguintes questões: nossas crianças tiveram carrinhos funerários de brinquedo? Foram reprimidas ao tentarem reproduzir ritos funerários quando da perda de animais de estimação? Puderam presenciar parte sig-

17 Expressão latina traduzida por “Arte de Morrer”. Muito utilizada por toda antiguidade clássica, ela ganha matiz diferenciado no Cristianismo, em particular no final a idade média quando se espalham por toda a Europa conjuntos de xilografuras que a partir das suas imagens buscavam ensinar as pessoas a viverem em função da experiência da morte. Ou seja, havia um nexo orgânico no passado entre uma “arte de morrer” e uma “arte de viver”. Vide, por exemplo, o trabalho de Inhoff (1996)

18 Aqui não podemos nos furtar a indicar a leitura da clássica Obra de Phillipe Ariès “A História da Morte no Ocidente” onde ficam contrastadas as inúmeras diferenças nas formas de se perceber e representar a morte e o morrer no passado quando comparadas com essas formas no ocidente moderno.

nificativa das vivências de perdas de adultos mais velhos? Tem em seus currículos escolares a morte como tema de discussão? Assim, discutir sobre a morte não significa adquirir um gosto mórbido pelo viver nem assumir uma perspectiva negativa diante das coisas. Trata-se de resgatar um aspecto da existência que todos teremos de vivenciar e, portanto, devemos nos preparar para tal. Essa estereotipia do negativismo associado à morte é uma decorrência da incapacidade de se falar e lidar com a morte e o morrer.

O fato do homem ser o único animal que sabe que vai morrer provoca o que os filósofos existencialistas chamam de solidão extrema. Embora todas as pessoas morram, tanto a minha morte como a sua são eventos absolutamente pessoais. Ninguém pode viver a morte um do outro. Além disso, a morte provoca as amputações afetivas. O preço que pagamos por permanecermos vivos é a convivência cotidiana com a morte. Em parte, essa convivência se dá de forma abstrata, pois, na imensa maioria das vezes, quando presenciamos a morte, a vemos como um evento distante, jornalístico ou artístico. Quando ouvimos na TV que ocorreu mais um atentado no oriente médio, a probabilidade de conhecermos uma das vítimas é muito remota. Nos filmes, a morte é vivenciada no seu limite mais dramático e elaborado, conseqüência quase sempre de conflitos que oferecem dinamismo à estória. Não é assim que parece acontecer em algumas novelas? A audiência tende a subir na medida em que todos são mobilizados para descobrir quem matou determinado personagem. Ou nos filmes temos a morte também como espetáculo quando ela é mostrada como presumivelmente aconteceria nas guerras e nas catástrofes naturais. O problema real da morte é quando ela se apresenta como evento concreto, quando per-

demos alguém próximo. Normalmente, diante deste fato, nós tendemos a expressar o luto emocionado e catártico. É deste sofrimento oriundo da morte que queremos a todo custo escapar já que não queremos enfrentar a perda de quem amamos apesar de não quisermos morrer. Ora, manter-se vivo significa, entre tantas coisas, ter que conviver diuturnamente com a finitude, seja a nossa, seja aquela rotulada como pertencente apenas ao outro.

A morte também sinaliza às perdas das possibilidades. Significa dizer que, em algum momento, teremos uma atividade interrompida de forma inesperada. Durante a vida toda temos que, de forma gradual e outras repentina, de abrir mão de coisas. Nossos corpos se desgastam, o envelhecimento produz a perda gradual de capacidades. Significa dizer que, a todo instante, a vida nos lembra que a morte se aproxima, quer gostemos ou não dessa ideia. Lembrar das perdas graduais significa ter que lembrar a perda definitiva de nós mesmos. Na verdade, quando adoecemos temos como que um lembrete das nossas vulnerabilidades. Nossa experiência pessoal pode nos fazer lembrar daquela pessoa cuja gripe começou igual a minha, mas que acabou evoluindo para um quadro grave de pneumonia. E o tempo vai tornando os degraus mais difíceis de serem galgados, as estradas mais íngremes, o caminhar mais trôpego. Nossos corpos sinalizam o passar do tempo, de que a vida sulca nosso rosto de rugas, de que a areia da vida escorre pela ampulheta da existência.

Antes o homem se achava relativamente preparado para o enfrentamento dessa questão básica. Hoje, com o fim das explicações gerais sobre a morte, ela deixou de ser um terreno exclusivo da religião transformando-se em mais um dos objetos da ciência. A ciência mesma é a grande fonte de nossas dú-

vidas e certezas, é ela que garante possibilidades de vida maior e mais segura. O problema é que ela não debelou aquilo que é considerado mal maior: a morte. Ah, a ciência! Aumentou nossa média de vida, mas roubou nossa certeza da eternidade. Ora, é a ciência com seu complexo quadro de saberes que afirma a finitude como absoluta, pois não consegue encontrar referências plausíveis da vida fora da matéria. Ao mesmo tempo, tenta nos instrumentalizar contra a morte a partir da noção de microorganismo, dos procedimentos higiênicos, das práticas de anestesia que revolucionaram a cirurgia, da farmacologia e seu arsenal cada vez mais eficiente de drogas miraculosas. Todo esse conhecimento criou a ilusão de que a morte pode ser detida indefinidamente, gerando aquilo que muitos estudiosos chamam de “fantasia de onipotência” dos profissionais de saúde. Essa onipotência é destruída diante da morte, pois os saberes falham na medida em que o moribundo sinaliza seus limites. Aqui nos defrontamos com outro motivo do afastamento das pessoas que estão morrendo. Em parte, queremos nos afastar não só porque elas representam a morte, mas também porque elas ferem nossas vaidades ao negarem a eficiência absoluta do saber que utilizamos.

A medicina, na medida em que ampliou suas possibilidades de intervenção, foi deixando de ser contemplativa em relação ao caminhar da doença em direção à morte. Mas essa contemplação não significava a inércia. O olhar do médico se dirigia às possibilidades que ainda restavam, qual seja, de tentar oferecer tudo que podia para mitigar a dor e o sofrimento. O quadro pintado por Samuel Luke Fildes, em 1891, mostra justamente isso. O olhar do médico parece expressar um misto de curiosidade e comiseração. Na casa, a família improvisa uma cama na forma de duas cadeiras. Sobre elas,

uma criança que aparenta não ter mais do que 5 anos está nos estertores da agonia. No fundo os pais desolados observam. A mãe inconsolável ainda parece juntar as mãos para uma derradeira súplica a Deus. O pai parece esboçar ainda um olhar com um mínimo de esperança enquanto ensaia consolar a esposa pousando uma das mãos em seu ombro. O sentimento geral que o quadro parece transmitir é o da impotência diante da morte. Resta aguardar a marcha inexorável dos acontecimentos. Entretanto, junto do olhar do médico contemplativo, parece existir um semblante questionador. O que poderá ser feito quando outra criança estiver nas mesmas condições? Poderá um dia a medicina oferecer alguma resposta frente a essa mortandade que ceifa flores tão tenras?



“The Doctor” Quadro pintado por Samuel Luke Fildes (1891)

Alguns anos se passaram depois dessa pintura. Acontecem guerras de redobrado aspecto destrutivo, com novas armas como as metralhadoras, fuzis de repetição e, posteriormente,

o uso de gases letais e da força aérea, produzindo número muito aumentado de mortos e feridos. Os hospitais de campanha oferecem todo o campo de atuação para a revolução da prática médica, notadamente da cirurgia. Estamos diante de uma medicina que aprendeu muito com as noções de microorganismo e assepsia, que desenvolveu técnicas cirúrgicas antes impensadas a partir da viabilidade do ato cirúrgico com a invenção de anestésicos eficientes e, depois, dos antibióticos que junto às técnicas de esterilização reduziram drasticamente a mortalidade pós-cirúrgica. Essa medicina é guiada pela razão instrumental. Coloca sobre sua tutela os desejos de pacientes e familiares. Redesenha os espaços de cura modelando os hospitais com o semblante parecido com os de hoje em dia, tornando-os um espelho que reflete o número crescente de especialidades. Resta muito pouco espaço para o olhar que contempla. Cabe agora atuar com base no conhecimento construído. E, paulatinamente, inúmeras situações que estavam fadadas ao reino da morte, são como que arrancadas de lá e trazidas de volta à vida.

Agora, vamos nos deter em outra manifestação artística. Trata-se da gravura *Der Arzt* (O médico) de Ivo Saliger, realizada em 1920. Nela vemos uma árdua disputa entre o conhecimento médico de um lado e a morte de outro. No centro, uma mulher nua agoniza sendo sustentada pelo braço esquerdo médico. Com o pouco de forças que lhe resta, a mulher enlaça o pescoço do médico, praticamente pendurando-se nele. Abaixo a morte, estilizada na figura do esqueleto, tenta arrancar a mulher do médico que com o olhar resolutivo a detém, empurrando-a com a mão direita que lhe comprime o crânio. Essa figura parece representar com muita fidedigni-

dade o conceito que embasa a prática médica que se constitui a partir da eficácia terapêutica. O olhar obstinado do médico mostra alguém que luta contra a morte e, para tal, está disposto a tudo. É essa postura que parece governar grande parte da prática médica, principalmente no momento em que a medicina se instrumentaliza cada vez mais com técnicas que potencializam a eficácia da terapêutica. Ironicamente poderíamos dizer que hoje em dia os pacientes morrem bem equipados porém mal informados. Os novos templos de Esculápio estão materializados nas UTIs, que, apesar de realmente salvarem muitas vidas, acabam que mantendo em suspenso o desenlace de outras tantas. Os novos médicos, imbuídos do espírito de Saliger, acabam produzindo a distanásia, aumentando o tempo de vida que não é mais vida e sim um mar de dores e sofrimentos.



Der Arzt (1920), Ivo Saliger¹⁹

19 Para uma interessante análise desta gravura vide o trabalho de Gurgel (2008)

Óbvio dizer que todos nós desejamos o bem estar das pessoas. Este é o dever fundamental de todo o ser humano. No caso dos profissionais de saúde, este dever ético é impregnado pela ação técnica e pelo conhecimento que lhe dá sustentação. Quando afirmamos que as pessoas tendem a se afastar dos moribundos ou colocá-los em distanásia, não estamos dizendo que isso é algo livremente escolhido pelos trabalhadores. Na maior parte das vezes acontece pela mistura trágica do medo e da desinformação com os processos inconscientes (determinadas forças que atuam em nossa mente sem que tenhamos clareza de sua presença e existência). Assim, esse processo não ocorre por “maldade latente”. Tomar consciência dele é de fundamental importância para que possamos lidar melhor com o paciente e, dessa forma, lidar melhor com nossas limitações e medos.

Gostaríamos agora de compartilhar algumas questões que acreditamos, deve acompanhar sempre os trabalhadores de saúde quando pensam a questão da morte. Ao negar a morte não estaríamos deixando de ver nossos pacientes em suas necessidades mais básicas, inclusa a necessidade de morrer em conforto? Estamos na verdade buscando curar a doença ou queremos na verdade “curar” a morte? Nossa tecnologia médica não está querendo assumir os espaços antes deixados à religião? Em que momento nossos saberes e práticas terapêuticas podem se transformar em instrumentos de tortura? Como alocar esses saberes para que, ao mesmo tempo, possam oferecer esperança de cura e/ou de conforto e dignidade quando da experiência da morte?

O cuidado deve acompanhar os dois extremos da vida. Da mesma forma que nos sentimos motivados a cuidar de um bebê, devemos nos motivar a oferecer todo o conforto

material e espiritual que alguém precisa frente a experiência da própria morte para que, um dia, outra pessoa tenha mesma motivação para cuidar de cada um de nós. É injusto e eticamente condenável que no final da vida muitas pessoas se sintam abandonadas e solitárias ao enfrentar a própria morte. Para tal empreitada temos de pensar na morte, pois essa é uma das maneiras de se perceber a vida como um bem precioso, onde os momentos vistos como banais adquirem sua real magnitude.

Mas agora gostaríamos de fazer a seguinte pergunta ao leitor: você gostaria de morrer sozinho? Óbvio dizer que ninguém que esteja lendo este texto gostaria de morrer só. Mas não falamos apenas daquela solidão no sentido geográfico, quando não temos ninguém perto de nós em casa ou no local de trabalho. Em certo sentido, essa solidão pode até ser boa para pensarmos melhor sobre uma importante decisão ou produzirmos de maneira mais concentrada. Falamos daquela solidão que poderíamos chamar de “acompanhada”, quando apesar de estarmos numa multidão ou próximo de vários seres humanos, não conseguimos nos comunicar, nos fazer ouvir, dialogar. Pois este é o risco que temos que correr. Aos moribundos foi retirada tanta autonomia que hoje a maioria dos que morrem estão agonizando enganados, não se fazem ouvir, não conseguem discutir aspectos fundamentais do que está acontecendo com eles. Uma maneira de refletirmos sobre a forma como estamos atendendo os pacientes fora de possibilidades terapêuticas é pensar que, se estivéssemos do outro lado, gostaríamos da maneira do atendimento, e se não existiriam outras maneiras mais humanas de atenção. Dialogar e conversar honestamente pode ser o melhor antídoto contra a solidão.

Para atendermos pessoas que estejam morrendo temos de refletir sobre a própria mortalidade o que, a princípio, pode ser algo doloroso, mas, de fato, é um processo existencial que nos leva a viver melhor na medida em que questionamos os rumos que nossa vida tem levado. Estar ao lado do paciente pode escancarar medos e angustias que precisam ser compreendidos com cuidado, pois o virtual sofrimento diante da morte enfrentado pelo paciente fará o profissional pensar: “e se fosse eu ou alguém mais próximo?”. Nestes momentos é importante que você possa ter alguém para conversar. Não é vergonhoso se sentir triste e cheio de dúvidas. Quando você menos perceber, irá notar que seu medo na verdade é o medo de todo mundo. É essa compreensão que permitirá você cuidar melhor do paciente na medida em que, em parte a dor dele é também a sua dor, algo inerente ao fato de todos sermos humanos. Nessa hora, a morte deixa de ser apenas um fenômeno biológico e passa a ser um fenômeno biográfico, pois envolve sempre a vida de alguém dotado de medos, anseios, dúvidas e conflitos. Pensar na morte então nos fará refletir sobre a vida não mais como um conjunto de sinais vitais que devemos monitorar, mas como um instrumento que nos permita sempre apreciar as belezas do mundo. Neste sentido, muitas vezes as pessoas estão “mortas” mesmo que sejam preservados seus sinais vitais, pois a vida já se foi a muito tempo embaçada pela dor, pelo sofrimento e pela inconsciência. Compreender nossos limites frente ao atuar sobre o paciente não é assumir que somos incapazes ou incompetentes. Não podemos deixar que vaidade tome conta do nosso lidar com a vida dos outros. Tomar consciência dos limites é, antes de tudo, trabalhar pela vida e não pela morte. Precisamos cons-

truir uma nova visão da morte que não a perceba mais como inimiga da vida, mas sim como seu complemento. Vida e morte formam uma totalidade.

Agora, para finalizar, talvez possamos firmar um consenso mínimo entre os saberes consolidados e aqueles que parecem bem distantes, perdidos no passado. Para tal, invoquemos mais uma vez a arte, no caso, o genial Pablo Picasso aos 14 anos de idade. Trata-se do famoso quadro “Ciência e Caridade”. No centro da pintura, uma pessoa aparentemente agoniza deitada na cama. A sua direita o diligente médico toma-lhe o pulso e consulta o relógio. Esse é o olhar da ciência que nos faz tudo relacionar às medidas e quantidades, visando prever e prover. Mas a esquerda da mulher existe uma religiosa que assume em termos práticos algo que ela naquele momento não pode mais fazer: ela segura a criança que presumivelmente é filha da moribunda. Esta ali portadora de um saber ancestral, que pode até ser visto com inútil frente ao que acontece com o organismo da agonizante, mas, ainda assim, ela pode suprir determinadas necessidades que nem todo o saber médico reunido conseguira dar conta. Ela é capaz de responder a determinadas perguntas sobre a vida e a morte que, mesmo em sendo falsas as respostas, serão de vital importância para que nesse momento encontre-se alguma paz. Nada, absolutamente nada impede que esses saberes, com o digno acúmulo de suas competências, possam estar lado a lado para constituírem o esteio da dignidade diante da morte e do morrer. Neste sentido, temos que resgatar a autonomia dos pacientes. Cabe a cada um de nós sermos protagonistas mais atuantes da maneira como queremos sair do palco dessa bela peça teatral chamada de existência. E o fim do espetáculo-

lo não precisa se configurar necessariamente como tragédia. Provavelmente será dramático, é verdade, mas terá pitadas de alegria e contentamento, principalmente se tivermos ao nosso lado pessoas que em nenhum aspecto nos deixem sozinhas, seja alguém da família, seja um profissional da saúde. Dessa forma estaremos respondendo em termos práticos que não queremos morrer sozinhos!



Ciência e Caridade, Pablo Picasso, 1897

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA E/OU CONSULTADA

ARIÈS, P. **A história da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

ALVES, R. **O médico**. Campinas: Papirus, 2002.

_____, Teologia do Cotidiano. São Paulo: Ed. Olho D'água; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS: política nacional de humanização**. Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: MS, 2005.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Política Estadual de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde do Ceará**. Coordenadores GOMES, A . M. A . ; SAMPAIO, J.J.C. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado, 2004.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Código dos Direitos do Paciente**: carta dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS/Ceará. Fortaleza. 2005.

ELIAS, N. A Solidão dos Moribundos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

GURGEL, W.B. Direitos Sociais dos Moribundos: Controle Social e Expropriação da Morte Nas Sociedades Capitalistas. Tese de Doutorado São Luis: Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, 2008.

IMHOF, A E. Uma Ars Moriendi Para os Nossos Tempos. **Vária História**. Belo Horizonte: UFMG. N.15 P.28-36, 1996.

KOVÁCS, MJ. **Bioética nas questões da vida e da morte**. Psicologia USP. 2003; 14 (2):115-67.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes; 2000.296p.

LELOUP, Jean-Yves. Além da Luz e da Sombra: **Sobre o Viver, o Morrer e o Ser**. Org. de Lise Mary Alves de Lima. Tradução de Pierre Weil, Regina Fittipaldi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MARANHÃO JLS. **O que é a morte**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense; 2005 74p.

- MENEZES Rachel A. **Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Garamond; 2004.
- NIZAN, P. **Os Materialistas da Antiguidade**. São Paulo: Edições Mandacaru, 1989.
- PASSOS, Eduardo (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- PESSINI L, BERTACHINI L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola; 2004. 319p.
- PY L; OLIVEIRA AC. Humanizando o adeus à vida. In: PESSINI L, BERTACHINI L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo:Ed. Loyola; 2004. p135-47.
- QUINTANA, Mário. **Poesia Completa**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2005
- RINPOCHE, S. **O Livro Tibetano do Viver e do Morrer**. São Paulo: Talento; 1999.
- SAUNDERS, C.; BAINES, M.; DUNLOP, R. **Living with dying**. A guide to palliative care. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- ZIEGLER, J. **Os Vivos e a Morte**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.



Relatos de experiências: o SUS se qualifica em São Luís

Andréa Coutinho²⁰, Arlete Santos²¹, Cristiana Lima²², Danielle Araújo²³, Maria dos Anjos Araújo²⁴, Maria Alcina Monteiro²⁵

A Política Municipal de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde de São Luís - PMH/São Luís permite a construção de novas concepções, interferindo no modo de fazer saúde. Adotando um dispositivo da PNH, a Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS de São Luís promove a criação do GTH como estratégia de rede de planejamento e de formação de multiplicadores de humanização em todos os níveis e serviços de saúde.

A idéia é que os GTH iniciem ações extraordinárias nas unidades de saúde, rompendo com a rotina institucional. Trata-se de criar um movimento de reflexão no cotidiano de trabalho, com rodas de conversa, em espaço onde todos tenham

20 Psicóloga. cursando Especialização em Saúde da Família pela Faculdade Castelo Branco/ RJ. Técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

21 Assistente Social. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Educação em Saúde Pública pela Universidade Ribeirão Preto, UNAERP, São Paulo. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão. Coordenadora da Escola Técnica do SUS da Semus/ São Luis.

22 Assistente Social. Especialista em saúde Pública. Mestre em políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Doutoranda xxx

23 Psicóloga. Especialista em Psicopedagogia pela xxx Técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

24 Designer. Técnica da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS/ São Luis.

25 Assistente Social. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Políticas Sociais e Processos Pedagógicos em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão.

o mesmo direito de compartilhar tensões, sugerir e propor mudanças, respeitando diferentes visões sobre o mesmo problema, potencializando projetos.

Todo processo de mudança cultural gera desconforto, insegurança e resistência, então será necessário muito envolvimento e esclarecimento nas rodas de conversa. As rodas de conversa constituem espaço democrático, aberto à oportunidades, trocas de saberes, integrações da equipe de trabalho para o exercício da interdisciplinaridade e produção de uma cultura de planejamento participativo, dos serviços, da rede, onde seja possível, e do sistema municipal de saúde.

Vale ressaltar que todas as categorias profissionais - auxiliar de serviços gerais, atendentes, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas etc - foram convidados a participar do processo. Então, realizar as rodas de conversa, depois das primeiras dificuldades, foram alcançando a categoria de experiência prazerosa de comunicação e aprendizagem mútua dos envolvidos, superadas também as desconfianças entre os níveis médio e superior de educação formal e entre as corporações de nível superior, que disputam salário e prestígio umas com as outras.

Construído o GTH, cada um produz paradas no cotidiano e cada um estimula sonhos, história, anseios e opiniões, gerando, ao final, um rico encontro de subjetividades, provocando o respeito à diversidade, potencializando a criatividade e implementando inovações. A construção do GTH aproximou as pessoas, re-configurou vínculos instituídos e estabeleceu ambiente favorável para o compartilhar de tensões e de idéias, de cotidianos e de novidades, dificuldades percebidas e de soluções, acolhendo e debatendo as divergências e as concordâncias, os sonhos de mudança e as estratégias de negociação.

Com agenda organizada por meio de encontros periódicos e com o intuito de fortalecer, decisivamente, as iniciativas de humanização, os GTH de São Luís confirmam a potência mobilizadora do dispositivo.



O GTH do Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso:

Maria de Fátima Carvalhal Martins – Gestor
Afonso Henrique Campos Ramos - Gestor
Rafaelly C. Rodrigues Polary – Trabalhador
Ana Teresa Ramos – trabalhador
Carlos Eduardo Aroucha – Trabalhador
Severina Maria de Barros Melo – usuário
Maria de Nazaré Carvalho Machado – usuário
Daelza Castro – usuário
Clotilde Cunha Ferreira - usuário

O CAISI, unidade especializada no atendimento a pessoa idosa, tem serviços especializados geriatria, enfermagem, fisioterapia e psicologia. Baseando-se nos princípios, diretrizes da PNH, assumidos pela PMH/São Luís, focou, como prioridade, enfrentar o risco da massificação (universalizar cobertura, sem qualidade, com recursos financeiros finitos), implantando acolhimento com classificação de risco, desenvolvendo ações propiciadoras de elevação da auto-estima dos trabalhadores e da satisfação dos usuários.

Destaques entre as ações desenvolvidas:

REUNIÃO HUMANIZASUS SÃO LUÍS – Reuniões quinzenais do GTH, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários, visando operacionalizar um trabalho efetivamente interdisciplinar, com debate sobre problemas emergentes e

temas teóricos, incorporando o método da PNH nestes debates.

MELHORIA NA AMBIÊNCIA DA UNIDADE – Mudanças concretas já ocorreram, como implantação de uma nova sinalização, pintura colorida das paredes, melhora na iluminação e confecção de folders informativos.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – Implantação de calendário de palestras, sobre variados temas (política de saúde, financiamento público da saúde, humanização do cuidado, direitos humanos, relações interpessoais, estudos clínicos de caso, estudos epidemiológicos etc.) e elaboração de lista de solicitações de formação para a equipe de estudos de caso.

DATAS COMEMORATIVAS E ANIVERSÁRIOS – A festa é sempre necessária, para os seres humanos, e a cultura maranhense é particularmente festeira: carnaval, período junino, natal, bumba-meu-boi, tambor de crioula, aniversários de pessoas, datas cívicas etc.

BAZAR - Venda de produtos confeccionados por professores de artes manuais e usuários, cujos valores arrecadados são revertidos em melhoria do CAISI.



O GTH do Centro de Saúde Dom João Antonio Farina:

Karla Cristina Bezerra Balata - Gestor
Marcelo Francisco Azevedo de Matos – Gestor
Maria José Cardoso – Trabalhador
Rachel Campos de Menezes – Trabalhador
Tereza Rachel Queiroz da Silva – Trabalhador
Gentil Alves Carvalho – Usuário
Graça de Maria Almeida - Usuário

O GTH do CAISCA/FARINA criou o “Projeto de Qualidade da Interação Familiar”, que entende a família como uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e história compartilhada, bem como estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança entre si. Achou-se oportuno favorecer o desenvolvimento da cultura, dos costumes, valores e padrões educacionais das famílias atendidas no CAISCA-FARINA, visando reconhecer a amorosidade como propulsora de mudanças benéficas das lógicas de relacionamento intra e extra-grupal.

O programa é composto por encontros semanais, abertos, com duração aproximada de duas horas. Cada um destes encontros visa trabalhar um tema específico sobre educação ou interação pais e filhos, é realizado por duas terapeutas de família e uma psicóloga e pode ser constituído por até doze pessoas. Todos os encontros são registrados pelo observador em relatório, preservando os conteúdos sigilosos.



O GTH da Unidade Mista do Coroadinho:

Maria José Louzeiro Gomes – Gestor

Regina Stela M. Ribeiro Saraiva – Gestor

Conceição de Maria Silva Mendes – Trabalhador

Marquionildo Águido Araújo – Trabalhador

José Edilson Coutinho de Oliveira – Trabalhador

Ana Cláudia Batista F. L. de Sousa – trabalhador

Luzimar Lopes Correia – Usuário

Maria José Costa – Usuário

Raimunda Ferreira Pereira - Usuário

A UM Coroadinho engloba serviços de média complexidade, com um total de 300 trabalhadores e formou um GTH composto por três gestores, três trabalhadores e três usuários. Depois de reuniões de sensibilização e planejamento criou o “Projeto Quero te Ver Belo”, focando a higiene pessoal e a dimensão estética das pessoas, pois a doença não pode ser pretexto para negligências de nenhuma natureza.

As atividades são realizadas uma vez por semana, em duas horas vespertinas, sendo realizado a higienização da face, corte de cabelo, limpeza e corte das unhas por um grupo de voluntários parceiros.

Os resultados logo apareceram, como elevação da auto-estima dos internados e redução das queixas de medo e solidão. Os trabalhadores revelam se sentir mais solidários, portanto mais satisfeitos e a gestão identificou maior entrosamento interna da equipe e da equipe com os usuários, acompanhantes e visitantes.



O GTH do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Djalma Marques - SOCORRÃO I:

Emily Danielly Amorim Pereira – Gestor
Hildenê dos Reis A. de Alencar – Gestor
Christiane Rosane Barros Froz – Gestor
Alina Maria Neiva - Trabalhador
Érika Vamessa de Oliveira Braga – Trabalhador
Anna Gomide Mochel – Trabalhador
Marta Maria Erre Rodrigues – Trabalhador
Olga Lorena Maluf Guará – Trabalhador
Renata Cristina Araújo de Abreu – Trabalhador
Liciane de Jesus Ericeira Amorim – Trabalhador
Ana Cristina Fernandes Coutinho – Trabalhador
Fabiane Baltazar Cantanhede Santos - Trabalhador

O Hospital Socorrão I é destinado a urgência e emergência, com atendimento em cirurgia geral, SPA e UTI, com capacidade de **XXX** atendimentos por dia. Há uma enfermaria destinada a mulheres idosas, com patologias neurológicas e cardiovasculares próprias da idade e que precisam de longa permanência e de acompanhantes. A usuário, os trabalhadores e os acompanhantes são submetidos a sobrecarga física e mental muito grande. Daí o GTH elaborou e implantou o “Projeto Bem Acompanhado”, objetivando reduzir as tensões, facilitar informações e aumentar a autonomia da usuária e dos acompanhantes.

A logística do projeto é de intervenções duas vezes por semana, durante o horário da visita, cada intervenção durando 45 minutos. O primeiro contato ocorre na enfermaria, com usuária, acompanhante e visitantes. Em seguida, acompanhantes e visitantes são chamados para uma sala reservada, para a realização de dinâmica de grupo, técnicas de relaxamento, trocas de informações e breve análise da sessão. Por fim, ocorre devolução desta análise à usuária, na enfermaria.



O GTH do Hospital Municipal de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura - SOCORRÃO II:

Ana Lília S. Monteiro – Gestor
 Ana Lurdes Ferreira Marques – Gestor
 Maria do Carmo Rocha Cantanhede – Gestor
 Maria da Graça Paixão Ramalho - Trabalhador
 Aurilene Barros Silva – Trabalhador
 Elizângela Milhomem dos Santos – Trabalhador
 Elizabeth de Sousa Lima – Trabalhador
 Eurenice Batista Vieira da Silva – Trabalhador
 Hermínio dos Santos Filho – Trabalhador
 José Raimundo Gomes – Trabalhador
 Juliana Paixão Ramalho – Trabalhador
 Dorinei Câmara Silva – Trabalhador
 Maria Dalva Silva de Sousa – Trabalhador
 Maria dos Anjos Farias de Oliveira – Trabalhador
 Jeny Karlen C P dos Santos – Trabalhador
 Mariana Fernandes Brito – Trabalhador
 Silvia Cristina Costa Leite – Trabalhador
 Maria Ester Lima Arruda – Trabalhador
 Vânia Luzia Portilho Rodrigues – Trabalhador
 Maria dos Anjos Araújo – Trabalhador
 Iracema de Jesus Amorim – Trabalhador
 Nielma de Paula Carramilo Santos - Trabalhador

O Hospital Socorrão II foi inaugurado há 10 anos para dar suporte ao Socorrão I e, além da destinação para urgência e emergência em geral, é referência estadual em ortopedia.

Primeiro hospital de São Luís a ser incluído no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar-PNHAH, em 2001, tem implantado, desde então, os Projetos “Brincando e Educando” e “Brinquedoteca Chapeuzinho Vermelho”, na Clínica Pediátrica.

Ambos os projetos foram revitalizados, para o desempenho de ações lúdicas e recreativas, sociais, pedagógicas e auto-expressivas, oficinas colaborativas e palestras educativas para as crianças e seus acompanhantes, para estimulação psicomotora, cognitiva e emocional, com o objetivo de reduzir os efeitos negativos gerados pela hospitalização.



O GTH da Unidade de Saúde da Família Itapera:

Rosangela Fernandes C Rodrigues – Gestor

Helena Alves dos Santos – Gestor

Francinilde Souza Santos – Trabalhador

Maria José da C. R. de Jesus – Trabalhador

Viviane Lima Soares – Usuário

Rosirene Pereira De Lima – Usuário

Após análise das visitas domiciliares, percebeu-se que uma significativa parcela da população era de pessoas da 3ª idade, com dificuldades locomotoras, desgastes físicos, síndromes depressivas, doenças cardiovasculares, osteoporose ou obesidade. A UNISAFI é sede de equipes do Programa de Saúde da Família e oferece, para seu território, as ações pertinentes ao Programa, estratégicas para a atenção primária.

Assim foi criado o “Projeto Lian Gong de 18 Terapias” para a aplicação de um conjunto de práticas corporais originárias da Medicina Tradicional Chinesa, concebidas especificamente para a prevenção e o tratamento de dores do corpo. Os exercícios são compostos por movimentos simples, que podem ser executados passo a passo, na medida da capacidade física e severidade das síndromes, o que os torna uma ginástica terapêutica bem aceita por todos, o que permitiu fácil popularidade e difusão.

O grupo, hoje composto por 20 mulheres, também realiza alguns exercícios de Pilates que ajuda a aumentar a capacidade respiratória, fortalecer os músculos, reduzir dores nas costas, aliviar o cansaço físico e aumentar a flexibilidade corpórea.

Além da ginástica o grupo participa de atividades lúdicas (memorização e coordenação psicomotora, realizadas na Unidade e nas praças) e recreativas (passeios na orla marítima e bailinhos). As atividades sistemáticas são oferecidas às quartas feiras e o grupo vem demonstrando assiduidade, confiança e consolidação de bons vínculos afetivos.



O GTH da Unidade de Saúde de Gapara:

Gracyran Lima Azevedo Bittencourt – Gestor

Lindalva Pinto Pereira – Gestor

Luciana Freitas Albuquerque – Trabalhador

Adriana Cristina Batista Pereira – Trabalhador

Vânia da Conceição Coelho Rodrigues – Usuário

Irlenice Chaves Santos Borges - Usuário

O Centro de Saúde Gapara é sede de equipes do Programa de Saúde da Família e oferece, para seu território, as ações pertinentes ao Programa, estratégicas para a atenção primária. Desde 2006, por provocação do GTH, vem desenvolvendo o “Projeto Eu Tenho Peito”, cujo objetivo é estimular a amamentação exclusiva até o sexto mês do bebê, favorecendo seu desenvolvimento físico, mental e intelectual. O vínculo estabelecido por esta relação favorece o crescimento saudável do bebê, o equilíbrio emocional e previne distúrbios alimentares, déficits nutricionais e doenças infecciosas.

Como parte do Projeto há o Concurso Bebê Leite Materno, que tenha tido alimentação materna exclusiva, esquema completo de vacinação no período e participação das mães dos bebês concorrentes nas palestras educativas realizadas na unidade. A cada semestre, três bebês são premiados, simbolicamente, mas todas as mães são apoiadas e elogiadas.

O projeto é avaliado durante todo processo de sua execução com a participação dos envolvidos, por meio de reuniões

e acompanhamento sistemático das ações e o redimensionamento e correção dos equívocos, caso necessário, considerando indicadores qualitativos e quantitativos. São também avaliados as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde-ACSe.



O GTH da Unidade de Saúde de Itaqui-Bacanga:

Eldete Maria de Oliveira Fernandes – Gestor
Luciana Palácio Fernandes Cabeça – Gestor
Miriam da Conceição Borges Freire – Gestor
Núbia de Jesus Correia Diniz – Trabalhador
Norma de Fátima B. da Silva – Trabalhador
Almerinda Conceição Rosas – Trabalhador
Marcelina Soares Lindoso – Usuário
Carisse Dayane Sousa Silva – Usuário
Manoel Dias da Silveira - usuário

O “Projeto A Sexualidade na Adolescência” disponibiliza serviços de orientação psicológica direcionada à sexualidade das adolescentes beneficiadas com as ações da Unidade Mista Itaqui-Bacanga. Esta unidade oferece serviços de média complexidade, com SPA, PACS e Ambulatório.

O objetivo é promover a construção de um espaço que favoreça a escuta e a orientação de jovens sobre as questões que envolvam a sexualidade, favorecendo o diálogo entre as instituições da saúde, as instituições educacionais e as famílias. São realizadas palestras educativas, com grupos de adolescentes, oriundos da Escola Rosália Freire, na faixa etária de 14 a 19 anos, tematizando sexo seguro, gravidez precoce, gênero, maternidade/paternidade responsável, doenças sexualmente transmissíveis e a associação entre sexo, amor e reprodução. É a primeira grande experiência de um projeto intersetorial, no território, ente saúde e educação.



O GTH da Unidade de Saúde da Família Bezerra de Menezes:

Maria Eugênia Soares Simões – Gestor
Julia Barbosa Castro – Gestor
Alcilene de Abreu Araújo – Trabalhador
Maria José de Sousa – Trabalhador
Rosilda Silva Nunes – Usuário
Cláudia de Jesus Reis Figueiredo - Usuário

Adolescência é uma fase de grandes mudanças físicas, psicológicas e sociais. Percebendo que, na região, as adolescentes estão ficando grávidas cada vez mais cedo, sobretudo em decorrência da baixa escolaridade, da falta de informações e da negligência ou incapacidade familiar, o Centro de Saúde Bezerra de Menezes criou o “Projeto Adolescente Gestante”, por iniciativa do GTH. Nesta unidade as equipes de PSF são muito criativas, realizando um grande trabalho comunitário.

Em reuniões semanais, são realizadas atividades educativas, com palestras, rodas de conversa e dinâmicas de grupo. Num segundo momento são desenvolvidas oficinas de auto-cuidado, de auto-expressão e de preparação profissional – produção de salgados, de doces, de chocolates, de biscuits, de bijuterias e de pinturas.

A Unidade desenvolve um trabalho de política social real, junto às adolescentes gestantes, visando compreensão do papel de mãe, necessidade de manter o projeto de escolarização, preparação para a cidadania, auto-estima, identidade, liderança e perspectivas profissionais.



O GTH do Centro de Saúde Carlos Macieira:

Andréa Cristina Barreto Menezes – Gestor
Rosana Belfort Silva e Souza – gestor
Luciana das Graças S. Santos – Trabalhador
Girlenice de Jesus Ferreira – Trabalhador
Tomaz José dos Santos – Usuário
Manoel de Jesus Ferreira – Usuário
Gerson dos Santos Cardoso da Silva - Usuário

Práticas de participação de gestores, trabalhadores da saúde e sociedade nas ações, fora e dentro das Unidades, estão sendo fortalecidas no Centro Carlos Macieira. O trabalho ora desenvolvido visa enfatizar a responsabilidade dos gestores e dos servidores na promoção de uma atenção justa, geradora de autonomia, eqüitativa, respeitosa.

O GTH desenvolve mensalmente reuniões com os membros da equipe do Centro e os Conselheiros de Saúde, por meio de atividades comunitárias, sociais, comemorativas, mutirões cívico-sanitários, programas preventivas e de capacitação.

Gestores, Conselheiros e o GTH disponibilizam aos usuários “Caixa de Sugestões e Opiniões” sobre satisfação no atendimento. A Direção da Unidade desenvolve ações de escuta qualificada para usuários, disponibilizando a sala da Diretoria aberta a todos. Esta estratégia foi denominada de “Sala de Solução dos Problemas Comunitários”, em grupo

ou individualmente, todos são atendidos e têm seus problemas solucionados e/ou pactuadas as soluções com a direção da casa. Assim a gestão fomenta a cidadania e a humanização com saudações diárias, questionamentos sobre saúde e tratamento personalizado.



O GTH da Unidade de Saúde da Família Turu II:

Iracema Meirelles Bezerra – Gestor
Gismere Soares Lima – Gestor
Alexsandra Diniz Monteiro - Trabalhador
Betania Vitória Lopes Ferreira - Trabalhador
Girlene da Silva Santos - Trabalhador
Ivanilson Silva Coelho - Trabalhador
Jaqueline Barros Silva Martins - Trabalhador
Lisiane Costa Ferreira - Trabalhador
Luciana Maria de Santana - Trabalhador
Maria das Neves Vieira da Silva - Trabalhador
Maria do Socorro Souza Amorim - Trabalhador
Maria José da Silva Lima - Trabalhador
Nilma Santos Souza - Trabalhador
Isaac da Silva Carneiro – Usuário
Julio Campos - Usuário

O Centro de Saúde Turu II vem desenvolvendo o “Projeto Encenar para Ensinar”, com o objetivo de produzir, coletivamente, educação em saúde, a partir das problematizações encenadas por um grupo teatral formado por onze ACS. As experiências de trabalhadores e de usuários são confrontadas de forma lúdica e crítica. A atividade começa com a escolha de um tema: Dengue, Saúde da Mulher, Saúde Bucal, DST’s/ AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Hepatite, Imunização, Gravidez Precoce, Cuidado Humanizado etc.

O grupo teatral também distribui cestas básicas nas comunidades carentes, onde se apresenta, doadas pelos trabalhadores e outros membros da comunidade. As apresentações têm ocorrido, de modo sistemático, em escolas, associações comunitárias, igrejas, feiras livres, outras unidades de saúde, destacando a saúde como principal campo das lutas humanas. É pela longevidade e pela qualidade que mais lutamos.



O GTH da Unidade de Saúde Vila Embratel:

Zilda do Socorro Nascimento da Cruz – Gestor
Neuza Maria Gonçalves Amorim – Gestor
Marinilde Araújo Gomes – Trabalhador
Dulce Glória Ferreira Costa – Trabalhador
Benedita Costa Ferreira – Usuário
Cláudio Marcelo dos Santos Ferreira - Usuário

Quando os trabalhadores e a população conhecem a história das lutas brasileiras pela re-democratização e pela criação do SUS tudo fica mais fácil de fazer. Quando os três grandes atores, usuários, gestores e trabalhadores, abraçam esta história de conquista popular, tudo fica mais fácil.

Quando o GTH da Unidade de Saúde da Família da Vila Embratel, com equipes de saúde da família e ações de atenção primária, deu-se conta disso, resolveu transformar a história do SUS em arte popular. Para tanto foi criado o Bumba-Meu-Boi da Saúde, produzidas cinco “Toadas do Boi da Saúde” e elaborado o “Auto do Boi da Saúde”. O Boi foi escrito, ensaiado, desenhado, costurado e pintado dentro da unidade de saúde, com a participação de todos os trabalhadores, usuários e gestores.

Este projeto tem como objetivo promover a interação entre os trabalhadores, gestores e usuários do SUS, no território, compartilhando conhecimentos sobre a política de saúde e sua *première* aconteceu com a unidade de saúde transformada em terreiro, quermesse e festa.

TOADAS DO BOI DA SAÚDE

Toada I

Vem cá meu povo vem ver
Boi da saúde dançar
Vem cá meu povo vem ver
Que a gente vai te ensinar
Vai falar é da saúde
Num contexto popular
E do SUS te contar um pouquinho
Pra te sensibilizar.

Toada II

Essa história é comprida
Mas vale a pena lembrar
Da Caixa de Previdência
e também do Funrural
Não esquece de falar do INPS
Das filas intermináveis e
Da fraude dos grandes que roubavam
Quando o povo descobriu
Que sua força não era só pra trabalhar
Aí ele garantiu a reforma sanitária já

Toada III

Lelelé lelelé lelelé lelelé
Foi aí que Chico chorou pois lembrou lá
Da Catirina éh Chico não chora
Tu é cabra da peste
Levanta a cabeça Chico e vai trabalhar
Volta pra tua casa Chico, vai ver tua mulher
Salva tua família Chico faz a história mudar
Levanta Chico e vai pra teu filho
Vê que tu é um grande pai.

Toada IV

Lá vem meu boi lá vem meu boi
Levando ao Povo e se apresentado
Pois foi com a sua luta pela Constituição
Que a Reforma Sanitária
Encontrou inspiração
Pra poder cantarmos juntos essa emoção
Criou-se o Sistema Único
Pra toda população

Toada V

Boa noite meu povo
que veio aqui pra ver
A dança desse boi e da sua criação
Que veio falar a saúde com muita satisfação
O SUS mandou a política mudar
E agora vou embora
Mas eu prometo voltar.

AUTO DO BOI DA SAÚDE

NARRADOR – Catirina moça jovem e bela, apaixonada por Chico, mulato jovem puxador de boi, que vivia de bico, não pensou em sua família planejar, não fora informada que camisinha devia usar.

CATRINA – Ai! Chico vem cá me fazer um dengo, tô com fome quero comer, você não alimentou esse bebê?

CHICO – Catirina essa menina tu só fala em gastar eu não te disse não vai embuchar que eu não tenho dinheiro pra te sustentar.

CATRINA – Ai, Chico na fala assim acorde bem cedinho vai marcar consulta pra mim, vai na fila do INPS, vê se compadece desta barriga que tanto cresce

CHICO – mulher tu pede demais, disso não sou capaz, eu vou acordar cedinho pra buscar o boi do seu rapaz, depois capim pra alimentar os animais.

NARRADOR – e Chico saio zangado, meio estabonado porém Chico pensou um pouco olhou pra Catirina e viu naquela barriga um menino ou uma menina e qual seria sua sina? Chico preocupou-se ouviu falar dum tal de vacina. Chico desempregado morto de cansado, de madrugada naquele mangue, procurando boi, e pensava se achasse o boi matava se vingava no animal. Por que ele o próprio Chico quem vivia num curral, mas puxou o cigarro do bolso e tomou um gole de cachaça e isso lhe fazia esquecer essa desgraça.

CATIRINA - Chico cadê você tô com desejo homem desejo de me consultar sinto febre vem cá me apalpar preciso ver o doutor acho que algum mal me pegou.

NARRADOR - E Chico desesperado, sem dinheiro o coitado, pede pro vizinho do lado emprestado, chamar um táxi, não tem o ônibus não vem, finalmente a carona de alguém, na porta da maternidade que calamidade carteira nem Chico nem Catirina tem. Ai! Catirina que tontura, Chico cheio de amargura, vê seu filho nascer antes do tempo no relento, na porta da maternidade que depois de muito choro alguém com boa vontade quis fazer caridade e exigiu humanidade. E Chico lembrou do boi que se enterrava no mangue e berrava esse boi agora Chico entendia era a saúde que do povo que sofria. E Chico jurou pro seu filho naquele dia, pois agora uma luta ele travaria, esse boi da saúde ele ressuscitaria, não sozinho o povo ele iria chamar, tentaria se organizar e essa história ele iria mudar. E o boi se levantou com um nome diferente se organizou e em Sistema se transformou ele é único da Saúde de universalizou as leis que criaram, foi como o leite dos seios das Catirinas. Não necessitariam de complemento a vida é seu próprio alimento.



Supervisão de Educação Especial da Secretaria de Educação do Estado do Maranhão:

A Secretaria de Educação do Estado do Maranhão, por meio da Supervisão de Educação Especial, firmou parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, por meio da Superintendência de Educação em Saúde, e desenvolveu o “Projeto Humanização para uma Educação Inclusiva”, experiência que muito contribuiu para despertar novas atitudes e habilidades nos profissionais educadores e abriu caminho para novas iniciativas.

A educação inclusiva, como ação política de grande salto social e histórico, ressalta o valor humano e político de todos na sociedade, a despeito de eventuais déficits, por meio da educação. É necessário, portanto, quebrarmos os preconceitos culturalmente arraigados que colocam os portadores de deficiência num lugar de inferioridade, de menos valia, de inutilidade. O projeto desenvolvido possibilitou contribuir para que os trabalhadores da saúde e da educação refletissem a respeito da humanização na educação inclusiva. Como os princípios, as diretrizes e o método da PNH podem ser incorporados pelo trabalho da Educação de Portadores de Deficiência, numa perspectiva emancipadora.

No Maranhão, os projetos de inclusão social são fragmentados, desarticulados, pouco consistentes, objetos de pouco investimento, eleitoreiros e não avaliados. O projeto parceirizado pela educação estadual com a saúde municipal visava, no propósito em tela, superar as lacunas identificadas no geral.

A primeira ação do projeto foi constituída por um grande evento que, no período de cinco dias, permitiu a sensibilização de mais de 400 trabalhadores da educação para a PNH e seu potencial de apoio à educação especial, em interface fundamental com a saúde. Entre inumeráveis produtos do evento, que espera continuidade, destaca-se uma paródia, de autoria da Profa. Maria de Lourdes da Silva Reis :

Paródia

Ora vejam vocês
O que conseguimos fazer
Passamos por este papel
E ainda incluímos você.

Para fazer um laço
Papel não preciso cortar
Basta ter o amor
E o laço aumentar
Nesse laço de amizade
Não podemos esquecer
Das instituições especiais
Que fazem o laço crescer.

Não posso deixar de falar
Da importante humanização
Fazendo do impossível o possível
Para que haja a inclusão.

14. CENTRO DE REEDUCAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL DE MULHERES APENADAS DO MARANHÃO - CRISMA:

O CRISMA, subordinado à Superintendência de Estabelecimentos Prisionais da Secretaria de Estado de Segurança Cidadã, foi inaugurado em 2006 e tem uma população carcerária de 75 mulheres, apenadas por delitos como venda de drogas, homicídios, formação de quadrilha e desvio de recursos públicos, entre outros.

Em janeiro de 2007 o Projeto Vida ao Cidadão iniciou atividades de oficinas artesanais e, despertado pela experiência de GTH da Secretaria Municipal de Saúde, solicitou apoio para a reprodução da experiência. A primeira ação foi um evento, a I Semana da Saúde, cujas palestras, dinâmicas de grupo e sensibilizações visavam valorizar a criatividade e a liberdade humana, identificando estratégias que podem bloquear os caminhos do crime.

Daí surgiu a idéia de um Curso de 40h sobre Humanização em Saúde e foi realizado um outro evento, a I Semana da Saúde, Segurança e Cidadania, a partir do qual foram efetuadas muitas descobertas:

1. Aumentou a demanda por escolarização formal;
2. Revelaram-se ótimas artesãs;
3. Ficou comprovada a necessidade de apoio matricial para campos de ação Familiar, Saúde, Econômico, Sócio-Cultural e Religioso.
- 4.

O desenvolvimento de ações de saúde, em consultas médicas, acompanhamento de hipertensão arterial e diabetes, acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis,

vacinação dos filhos das presidiárias e dinâmicas de humanização tem permitida mudanças significativas no clima relacional do presídio, como se depreende do seguinte relato de caso:

A presidiária Maria, isolada e não comunicativa nos dois anos de existência do presídio, e mais de três anos em presídios anteriores, voluntariamente saiu de sua cela, apresentou-se ao grupo e disse que queria participar. As mulheres que narram o episódio se comovem durante o relato, choram e usam, de modo abundante, a expressão “foi tremendo”.



IV ETAPA

**A CHEGADA: O INÍCIO PARA UMA
NOVA ETAPA**

Avanços e Desafios do Grupo de Trabalho de Humanização

Com a implementação da Política Municipal de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde de São Luís - PMH/São Luís (Humaniza SUS São Luís), nos serviços de saúde, percebe-se uma melhora em diferentes relações, destacando-se a relação médico-paciente; a implantação de atividades lúdicas e artísticas de convívio; o desenvolvimento de novos procedimentos de cuidado; a relação com acompanhantes e familiares.

Assim, com as propostas da humanização em saúde, cresce uma valorização das relações humanas, como uma guerrilha de superação das velhas práticas adotadas nos serviços. Cresce a cada dia a busca da dignidade humana.

Por outro lado, o desenvolvimento destas iniciativas ainda é fragmentado, com experiências pontuais, o que têm colocado as razões e as motivações dos diferentes sujeitos envolvidos na PMH/São Luís em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos. Nesse sentido, vários tem sido os desafios a serem superados no interior da gestão.

Como uns dos primeiros desafios a serem assumidos, encontra-se a idéia recorrente de “capacitar” e de que este “capacitar”, concebido como repassagem de informações técnicas, pode solucionar problemas decorrentes da formação dos pro-

fissionais. A formação, tomada na perspectiva “transmissionista”, tem se mostrado uma via bastante estéril, considerando-se os resultados concretos apresentados pelas estratégias de “capacitação para a ética”, de “doutrina das consciências”, de “adestramento cognitivo”. É preciso pensar a qualificação dos trabalhadores da saúde como processo de educação permanente, desenvolvido segundo projetos metodológicos problematizadores, respeitando autonomia e validade cultural de todos os saberes, sobretudo focando a situação sanitária e socioeconômica real da população.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, explicitando-se que a transformação das práticas profissionais baseia-se na reflexão crítica sobre o fazer cotidiano. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (Ministério da Saúde, 2004).

Diante dessa perspectiva, a proposta da educação permanente parte da necessidade do trabalho em equipe e das rodas de conversas como método para garantir protagonismo coletivo. Tais práticas devem levar ao fortalecimento do acolhimento, do vínculo entre os profissionais da equipe, entre equipe e usuários, entre equipe e administradores, entre administradores e usuários, entre todos e o controle social do SUS, focando na corresponsabilização, na resolubilidade e na solidariedade.

O diálogo constante entre os profissionais é fundamental, pois, como as concepções dos diversos membros das equipes são distintas, é necessário instituir e estimular o diálogo entre estes profissionais, e reconstruir pactos coletivos de significados e valores, que realizem a integralidade.

Os Grupos de Trabalho da Humanização-GTH têm alcançado três objetivos: constituem a 1ª rede de planejamento articulado no campo da saúde do município de São Luís; um grande espaço para o estabelecimento de negociação entre os diversos atores do SUS; e estratégia de educação permanente. Eles têm se constituído como lócus privilegiado para identificar necessidades e propor soluções no âmbito da qualidade da gestão e da atenção à saúde.

Além disso, a Secretaria de Saúde de São Luís tem participado ativamente no processo de implantação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**, pois entende que um dos maiores desafios postos hoje para o SUS é a formação voltada para as necessidades de saúde da população e para a emancipação crítica dos trabalhadores. Assim, acreditamos estar fortalecendo estratégias de formação que envolvam os trabalhadores do sistema e os estudantes universitários com as realidades locais, abrindo possibilidades de extensão comunitária na universidade, de extensão universitária na comunidade, de pesquisa e de desenvolvimento de novas tecnologias relacionais de cuidado.

Somado a isso, temos desenvolvido trabalhos de qualificação dos trabalhadores de nível médio técnico em saúde. Mais da metade dos trabalhadores da saúde no município de São Luís é de nível fundamental e médio, sem crescimento na educação formal, e são eles os responsáveis pelo contato direto com os usuários. Nesse sentido, foi criada a Escola Técnica do SUS São Luís, em 2007, com o objetivo de desenvolver a educação profissional de nível técnico em saúde apropriando-se dos princípios da educação problematizadora, da hu-

manização para formar trabalhadores com potencial crítico e criativo que fortaleçam os princípios do SUS.

Dentro de uma segunda bateria de desafios postos diante dos gestores da saúde pública, em São Luís, destaca-se a precarização dos vínculos e a desvalorização salarial dos trabalhadores. A implementação do SUS na década de 1990 significou um avanço extraordinário em termos de acesso universal, eqüitativo e integral, a gestão do trabalho tem sido profundamente inadequada em relação aos objetivos.

Para a implementação do SUS, aspectos importantes da gestão têm sido apontados como fundamentais: a descentralização, as formas de financiamento que acompanham o cuidado, o controle social e a gestão democrática do trabalho. O SUS vem se consolidando, e a gestão do trabalho na saúde carece de uma atenção maior, devido a sua importância para a consolidação do sistema, da proteção à autonomia criativa do trabalhador e para a produção de conhecimento prático-teórico compromissado.

A desregulamentação do mercado de trabalho e seu impacto no setor público é resultante das políticas de natureza neoliberal, que promovem a redução do Estado, e, conseqüentemente, a superação do próprio conceito de servidor público. Este desafio encontra-se diretamente relacionado com as políticas de ajuste adotadas pelo governo federal e as concepções de Estado adotado no Brasil a partir da década de 1990. No caso do Maranhão, existem práticas públicas que, a partir de outras construções econômicas e políticas, já investiam na desregulamentação do serviço público. Este passado regional e este presente nacional confluíram para a oferta de uma situação profundamente complicada, no que diz respeito ao quadro de servidores.

As mudanças políticas descritas acima coincidem com a implementação do SUS, uma estratégia de características socializantes, e com esforços reais de descentralização focada na municipalização, esforços democratizadores mas que se tornam reféns do eventual atraso dos poderes constituídos locais. Este processo culmina com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita as contratações pelo serviço público a uma porcentagem dos orçamentos formais, portanto impõe as mais variadas formas de contratação precária de pessoal: terceirizados, prestadores de serviço, cooperativados, convênios com OSCIP etc.

Esses mecanismos têm um impacto direto na vida dos trabalhadores e sobre os serviços: precarização do trabalho, ausência de uma política salarial, pouca transparência, falta de controle social e falta de regulação sobre as admissões e as demissões, alta rotatividade nos postos de trabalho, ausência de uma profissionalização dos trabalhadores, impedimento a carreira, retração dos investimentos na formação etc.

A qualidade dos serviços disponibilizados à sociedade depende da estruturação do trabalho, da qualificação e valorização dos trabalhadores atuantes no SUS. A criação de um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos-PCCV é uma demanda prioritária a ser considerada. Um Plano desta natureza constitui garantia de que o trabalhador poderá vislumbrar uma vida profissional ativa e crescente, na qual a qualidade técnica, produtividade e compromisso com o bem comum.

Em São Luís, a Prefeitura Municipal realizou concurso público para 3.000 vagas de servidores da Secretaria Municipal de Saúde, e aprovou, em 2007, o Plano Municipal de Cargos, Carreira e Salários para seus servidores. A vitória é importante, mas não suficiente. As carências eram profundas

e o tempo de descaso foi muito longo: há muito o que fazer para desprecarizar o trabalho na saúde em nossa cidade. O ganho é a consciência do problema, a vontade política para resolvê-lo e o início da caminhada.

Por fim, um terceiro desafio que apontamos, fundamental para uma efetiva implementação da PMH/São Luís, por meio do fortalecimento dos GTH, é o do entendimento estratégico, metodológico, crítico, emancipador, da humanização. Não apenas como compaixão, bons modos, gentileza. Não apenas como *marketing* institucional ou maquiagem dos problemas reais. O desafio que a humanização propõe é o de pensar a construção das práticas públicas de gestão e de cuidado em saúde de modo a garantir os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade) e os princípios da PNH (inseparabilidade entre gestão e atenção, inseparabilidade entre clínica e política, transversalidade para abertura comunicacional, transversalidade para ampliação da grupalidade).

O acesso universal, integral e equânime, na promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências instituída pela Constituição de 1988: saúde como direito de todos e dever do Estado. Este é o caminho traçado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Luís. Contudo, é um caminho com muitas pedras, pois a implementação do SUS requer uma mudança radical nas relações de poder e a urgente implantação da rede cuidados baseadas no controle social, na atenção primária e em paradigmas comunitários de cuidado. Este é um caminho que depende de todos nós que fazemos a saúde pública: gestores, trabalhadores e usuários. O SUS é o nosso sonho (im)possível, com o sabor de uma canção de Chico Buarque de Holanda.

Sonho Impossível

Sonhar
Mais um sonho impossível
Lutar
Quando é fácil ceder
Vencer
O inimigo invencível
Negar
Quando a regra é vender
Sofrer
A tortura implacável
Romper
A incabível prisão
Voar
Num limite improvável
Tocar
O inacessível chão
É minha lei, é minha questão
Virar esse mundo
Cravar esse chão
Não me importa saber
Se é terrível demais
Quantas guerras terei que vencer
Por um pouco de paz
E amanhã, se esse chão que eu beijei
For meu leito e perdão
Vou saber que valeu delirar
E morrer de paixão
E assim, seja lá como for
Vai ter fim a infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor
Brotar do impossível chão.



ANDRÉIA COUTINHO

ANNATÁLIA MENESES DE AMORIM GOMES

Psicóloga. Assistente Social. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto/SP. Especialista em Gestão Hospitalar pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde – IAHCS. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Consultora da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde – PNH/MS. Psicóloga da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho”, do Grupo de Pesquisa “Humanidades e Saúde” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
E-mail: annataliagomes@secrel.com.br

CLEIDE CARNEIRO

Assistente Social. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista-UNESP, campus de Franca. Supervisora Institucional do Centro de

Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral e da Rede de Saúde São Gerardo - RSSG. Docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração - CMAAd, do Curso de Medicina e do Curso de Serviço Social, coordenadora e docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental - CMPSM, pesquisadora do grupo “Vida e Trabalho” e integrante do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora do Projeto “Acolher Cidadão”.

E-mail: cleidec@uol.com.br

CRISTIANE LIMA

ERASMO MIESSA RUIZ

Psicólogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos–UFSCAR. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Docente dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental - CMPSM, colaborador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – CMASP/UECE e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará – UFC. Coordenador da Rede Nacional de Tanatologia – RNT, no Ceará. Coordenador do Grupo de Estudos Tanatológicos – GESTA, integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde –LHUAS.

E-mail: poiesis@uol.com.br

ERNANI VIEIRA DE VASCONCELOS FILHO

Médico sanitaria. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Doutor em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina de São Paulo/USP. Docente do Curso de Medicina e do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental - CMPSM, colaborador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública – CMASP, integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

E-mail: ernanifh@usp.br

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico psiquiatra. Mestre em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ. Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP. Consultor Regional Nordeste III (MA, PI, CE) da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde - PNH. Diretor do Centro de Ciências da Saúde, Professor Titular em Saúde Pública, docente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental - CMPSM e do Curso de Medicina, líder do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e coordenador do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

E-mail: sampaio@uece.br; sampaio.jc@oi.com.br

LUCIANA MESQUITA ABREU

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Integrante do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

E-mail: lucianamesquitaabreu@uol.com.br

LUCYLA PAES LANDIM

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública/USP. Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho”, do Grupo de Pesquisa “Humanidades e Saúde” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde – LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

E-mail: lucylapaes@uol.com.br

MARIA DOS ANJOS

