

**CATIA PARANHOS MARTINS**

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE INFLEXÕES  
NO MODELO HEGEMÔNICO DE CUIDAR E GERIR NO SUS:  
habitar um paradoxo**

**ASSIS  
2015**

CATIA PARANHOS MARTINS

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE INFLEXÕES NO  
MODELO HEGEMÔNICO DE CUIDAR E GERIR NO SUS:  
habitar um paradoxo

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

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Amélia  
Luzio

ASSIS  
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Martins, Catia Paranhos.

M379p A política nacional de humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo. / Catia Paranhos Martins. Assis, 2015. 192f.

Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Amélia Luzio

1. Humanização na saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD 610.19

MARTINS, C. P. **A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA PRODUÇÃO DE INFLEXÕES NO MODELO HEGEMÔNICO DE CUIDAR E GERIR NO SUS: Habitar um paradoxo.** 2015. 192 f. Tese (Doutorado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

## RESUMO

A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH) foi criada em 2003 a partir do reconhecimento das experiências inovadoras de um “SUS que dá certo” e desde então fomenta mudanças na atenção e na gestão. Nesta cartografia nos interessamos pelos encontros, histórias, situações corriqueiras de trabalho, assim como os estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos ao longo de nosso percurso no HumanizaSUS. Para contarmos fragmentos desta história muitas narrativas foram entrelaçadas. Os documentos oficiais, anotações de reuniões e inúmeras rodas de conversa através da experiência como consultora do Ministério da Saúde, foram somados aos 78 documentos/narrativas finais de um curso da PNH na região Centro-Oeste, e ainda ao diálogo com 5 outros consultores. Utilizamos dos pensadores da Filosofia da Diferença e também da Saúde Coletiva, principalmente os alinhados com o HumanizaSUS, que nos auxiliaram na empreitada por enxergar os indícios tanto das capturas, quanto das formas de resistências, sem lamentar o presente. Construímos dois planos de análise que estão interligados e dialogam mutuamente. No capítulo 2 fizemos um demorado passeio pela PNH, por momentos, acontecimentos e divergências que marcaram os apoiadores. Problematizamos o HumanizaSUS como uma obra aberta e tarefa coletiva, que tem disputado espaço no Ministério da Saúde, no cotidiano dos serviços e na produção acadêmica. No capítulo 3 discutimos alguns desafios e entraves para a efetivação da saúde como direito. As capturas do contemporâneo, o SUS como campo de disputa, os muitos e desiguais 'Brasis' e a luta por cidadania contribuem para ampliarmos a compreensão sobre o tamanho da tarefa proposta pelo HumanizaSUS. Nas narrativas dos apoiadores temos avanços e retrocessos do SUS, um movimento potente que ecoa das lutas reformistas em saúde, mas que trava batalhas com os modos hegemônicos de cuidar e gerir. É necessário manter a compreensão que há diferentes regimes de visibilidade já que os imperativos neoliberais reduzem a saúde mais uma mercadoria disponível. Além disso, os direitos civis continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade. Entretanto, apoiadores da PNH têm promovido acontecimentos, experiências singulares, que sinalizam que há outras histórias a serem contadas e novas saúdes a serem inventadas, mesmo em tempos paradoxais como os nossos. Consideramos que os apoiadores produzem e se incluem nos movimentos coletivos por reinventar as práticas, dando-nos indicativos de novas suavidades. Embora o cenário brasileiro seja marcado por iniquidades e desigualdades, onde até então víamos somente regularidade, uma outra história pode coexistir. Há uma rede tecida e aquecida pelos apoiadores que fortalece a saúde como dimensão de cidadania de qualquer um/uma.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização na saúde; Política de saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Coletiva.

MARTINS, C. P. **THE NATIONAL HUMANIZATION POLICY IN THE PRODUCTION OF INFLECTIONS ON THE HEGEMONIC PATTERN OF CARE AND MANAGEMENT AT SUS: Inhabiting a paradox.** 2015. 192 f. Thesis (Doctorate in Psychology). – College of Letters and Science, Paulista State University, Assis, 2015.

### **ABSTRACT**

The National Humanization Policy – HumanizaSUS (NHP) was created in 2003 as from the recognition of innovative experiences of a “SUS that works out” and since then has been promoting changes in its attention and management. In this cartography, we have been interested in meetings, stories, everyday work situations, as well as in the feelings of strangeness, doubts and clashes that have been produced throughout our trajectory in HumanizaSUS. Many narratives have been linked in order to enable us to report fragments of this story. Official documents, notes from meetings, countless rounds of conversations through the experience of being a consultant at Ministry of Health were added to the 78 final documents/narratives of a course at NHP in the Midwest of Brazil, and also to the dialog with 5 other consultants. We have used authors of the Philosophy of Difference and also of Public Health, mainly the ones aligned with HumanizaSUS, who have helped us discerning the clues of capture and resistance, without feeling sorry for the present days. We have built two scooping plans that are connected and mutually dialog. In chapter 2, NHP and its remarkable moments, happenings and divergences were extensively covered. HumanizaSUS was discussed as an unfinished piece of work and collective duty and has been struggling for a place in the Ministry of Health in everyday services and academic production. In chapter 3, some challenges and obstacles for making health a right were discussed. The captures of contemporary history, SUS as a battle field, the several and unequal realities that exist in Brazil and the struggle for citizenship contribute to broaden the comprehension of how important HumanizaSUS proposal is. In the supporters’ narratives we can see headways and retrocessions of SUS, a powerful movement that results from reformist battles regarding health care, but that also combats the hegemonic patterns of care and management. It is necessary to comprehend that there are different visibility schemes since neoliberal rules reduce health care tonothing more than an available commodity. Besides, civil rights are still seen as favors or charity. Nevertheless, NHP supporters have been promoting happenings, unique experiences, which indicate that there are other stories to be told and new health care systems to be created, even in paradoxical times like these. We believe that the supporters not only produce but also include themselves in collective movements for reinventing practices, signaling new mildness. Despite the fact that the Brazilian scenario is marked by iniquities and inequalities, where we could only see more of the same, another story can coexist. There’s a net being woven and warmed by the supporters that strengthen health care as any one’s citizenship dimension.

**Keywords:** Humanization of health; politic health; public health system; public health.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

## **AGRADECIMENTOS**

Muitas pessoas contribuíram para que este trabalho pudesse ganhar um provisório ponto final.

À Nati, pela companhia de mais de uma década e por continuar aqui. Agradeço as discussões, leituras, pitacos e paciência ao longo destes anos.

Aos Murus (meus pais, Ceci e Muru, e meus irmãos, Cinthia, Raquel e Rafael), agradeço os permanentes incentivos aos meus estudos. Agradeço também a minha mãe por nos lembrar que somos seres em mudança. Estamos cada vez melhores...

À Cristina Amélia, orientadora desta pesquisa, e também à família Luzio. Obrigada pela generosidade com que me acolheram em sua casa, pelos banhos, cafés, caronas e conversas. À Cristina, agradeço também por apostar que eu sabia o que estava fazendo, mesmo quando eu duvidava, e por me lembrar que na vida temos que ter prudência. Nunca saberemos, ao certo, se o que virá é uma vala ou uma linha de fuga.

Aos queridos membros da banca pelas inúmeras contribuições ao longo de tantos anos: Silvio Yasui, Simone Paulon, Elizabeth Lima e Ricardo Pena. Obrigada pelos bons e decisivos encontros! Obrigada pela banca emocionante! Obrigada pelos aprendizados!

Ao grupo de orientação e pesquisa: Dani, Renata, Ednéia, Barbara, Ana Clara e Raphael. Obrigada pelas discussões, críticas e sugestões que fortaleceram as ideias que compõem este texto.

Aos incontáveis e queridos companheiros do Coletivo Nacional e também do Coletivo Ampliado HumanizaSUS. É impossível nomear todos vocês. Agradeço aos muitos que tive a honrar de partilhar as rodas e de conviver, escutar, discutir e aprender. Agradeço também aos que conheci pelos rastros que deixaram no Ministério da Saúde e na produção da PNH e do SUS. E, ainda, o meu muito obrigada aos consultores que participaram e contribuíram para a tese.

Aos colegas e amigos do Ministério da Saúde: Núcleo Técnico da PNH; Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS; apoiadores e supervisores do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais; Apoio Integrado; e Saúde Indígena.

Aos consultores da PNH Centro-Oeste: Beth Mori, Olga Vânia, Carlos Gama e Simone Eineck pela nossa convivência tresloucada e sempre afetuosa. Vocês fizeram-me mais forte!

Aos muitos anônimos e aos editores/cuidadores que produzem a Rede HumanizaSUS. Obrigada por estarem aí reinventando o que é, o que deve ser público.

Aos colegas, amigos, professores e técnicos da UNESP/Assis pelos anos de convivência.

À Marília Muylaert, com quem aprendi que na vida não há condições ideais de temperatura e pressão.

Aos queridos e amados amigos: minha parenta Ariana, pelos nossos diálogos que felizmente nunca caberão no *Lattes* e pelos pousos em Assis. Ao Rick, que a nossa história-casamento continue tal como é. Agradeço à Dani, Fer, Karina Urso, Taís, Denise e Elenita por me lembrarem do que vale à pena na vida... Que sorte tê-los por perto! Pena que nem tão perto assim...

Por fim, agradeço aos colegas da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) pelo período de afastamento para terminar a tese. E aos alunos, residentes e amigos, principalmente os queridos do Grupo de Supervisão e Pesquisa em Psicologia (GEDSP), pelos diálogos sobre as nossas intervenções neste mundo.

As coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis:  
Elas desejam ser olhadas de azul -  
Que nem uma criança que você olha de ave.

Manoel de Barros

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AM	Amazonas
BH	Belo Horizonte
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissões Intergestoras Bipartites
CIES	Comissão de Integração Ensino - Serviço em Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CDES	Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social
COAP	Contratos Organizativos de Ação Pública
COI	Comitê Olímpico Internacional
CTHF	Câmara Técnica de Humanização e Formação
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DF	Distrito Federal
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FIFA	Federação Internacional de Futebol
GM	Gabinete do Ministro da Saúde
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAPPIS	Laboratório de pesquisas de práticas de integralidade em saúde
MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos trabalhadores da saúde mental
MT	Mato Grosso
NT/PNH	Núcleo Técnico da Polícia Nacional de Humanização
ODM	Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana de saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização de Serviços de Saúde
PC SAN	Programa Conjunto Segurança Alimentar e Nutricional de Mulheres e Crianças Indígenas
PET - Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PI	Plano de Intervenção

PM&A	Planejamento, monitoramento e avaliação
PNH	Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção – HumanizaSUS
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
Pólo de EPS	Pólo de Educação Permanente em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal de Nordeste brasileiros
PRO - Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
QUALISUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RID	Reserva Indígena de Dourados
RHS	Rede HumanizaSUS
RS	Rio Grande do Sul
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SGEP	Secretaria Gestão Participativa
SVS	Secretaria Vigilância em Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFGRS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNB	Universidade Nacional de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Julio de Mesquita Filho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UP	Unidade de produção
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

	p.
<b>1. Considerações iniciais</b>	<b>14</b>
1.1 Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS Um caminho já percorrido e uma questão que ganha força	16
1.2 Delimitações da pesquisa Como ancorar um navio no espaço?	19
1.3 Investigar um processo de produção de inflexões nos sujeitos do SUS	21
1.4 Um campo problemático	24
1.5 Navegação por narrativas e acontecimentos	26
1.6 Implicações éticas	33
1.7 Nosso percurso com muitas curvas, paradas e desvios	34
<b>2. HumanizaSUS: obra aberta e tarefa coletiva</b>	<b>37</b>
2.1 "Sempre tem gente para chamar de nós"	39
2.2 Uma década em três momentos	42
2.3 HumanizaSUS: como fazer?	44
2.4 Uma política sem normativa	51
2.5 Apostas e propostas: "A PNH é antropofágica"	56
2.6 A produção de movimento e contágio	64
2.7 Um trabalho coletivo e por coletivos de trabalho	71
2.8 Gerir e gerar um outro modo de produzir em saúde	80
2.9 "Somos uma rede de apoiadores em busca de um SUS melhor"	86
2.10 Cadê os usuários?	92
2.11 "Entre lagarta e sai borboleta" - A luta pela humanização do parto e nascimento	94
2.12 "Nada sobre nós sem nós" - Aprendizados a partir do apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a Saúde indígena	102
2.12.1 O Apoio Integrado	103
2.12.2 A PNH e a Saúde Indígena	105
2.12.3 Costuras possíveis em um contexto complexo	107

2.13	Algumas paradas em um percurso cronológico	115
3.	<b>O atual cenário e a produção de outras saúdes</b>	137
3.1	SUS: campo de disputas	138
3.2	Brasil. Qual, quais?	146
3.3	As iniquidades em saúde	149
3.4	Sobre o empobrecimento da vida	155
3.5	Então, qual cidadania interessa?	157
4.	<b>Considerações finais: Entre expropriações, a produção de uma nova suavidade</b>	161
5.	<b>Referências</b>	176
6.	<b>Anexos</b>	
	Anexo A -Termo de Consentimento Livre Esclarecido	190
	Anexo B - Autorização da Coordenação da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde	192

## 1- CONSIDERAÇÕES INICIAIS

só há um problema político da alma coletiva,  
as conexões de que uma sociedade é capaz,  
os fluxos que ela suporta, inventa.

Deleuze

Desde 2003, a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção – HumanizaSUS (PNH) e os seus apoiadores produzem movimentos no e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma época, encontrei-me, ainda sem saber, com as muitas apostas e propostas que compõem o HumanizaSUS através da rede pública de saúde mental de Campinas - SP. Ao longo de um pouco mais de uma década de experiência como trabalhadora do SUS, tornei-me também uma apoiadora<sup>1</sup> da PNH e algo ganhou força e forma sinalizando um caminho em meio aos inúmeros desafios, na busca por construir uma saúde pública de qualidade para qualquer um/uma.

O interesse aqui não é pela saúde que está posta como sinônimo de consumo de procedimentos, tampouco limitada a sua dimensão individual, biológica e curativa. A saúde que será discutida prima pela produção de modos singulares de organizar a vida e caminha de mãos dadas com exercícios de democracia.

Há, nestas páginas, um emaranhado de ponderações, memórias, questões e narrativas envolvidas. Algumas ideias foram possíveis de serem formuladas nos estudos; outras tantas somente ganham corpo e voz, quando produzidas a partir dos encontros entre muitos, coletivamente. Segundo Blanchot, a delicadeza dessa união pode ser melhor definida como "[...] a estranheza daquilo que não poderia ser comum, e é o que funda essa comunidade, eternamente provisória e sempre já desertada" (2013, p. 74).

O que nos é comum, o que estranhemos juntos e para que trabalhamos como apoiadores da PNH, serão aspectos discutidos ao longo da tese. Nesta cartografia, ganham relevo os indicativos de um coletivo pela saúde de qualquer um/uma, como direito do qual não se pode abrir mão. Aqui "alguma coisa acontece", mas não é só

---

<sup>1</sup> Apoiador é o termo usual para os sujeitos que realizam o apoio institucional. Discussão que será retomada ao longo do texto.

"em meu coração"<sup>2</sup>. Os acontecimentos desobedecem a fronteiras, não respeitam nenhuma ordem, invadem saberes, corpos, mentes, práticas, instituições, relações e o que mais encontrarem.

Há um percurso investigativo que só se tornou possível com os encontros e as muitas parcerias que compõem o trabalho. "Sempre tem gente para chamar de nós"<sup>3</sup> e este aprendizado, também um acontecimento, imprimiu a esta tese um colorido especial. Usar o plural, dizer nós, não é mera formalidade acadêmica, tem o intuito de reafirmar uma aposta política e o caráter coletivo dessa experiência - projeto - processo. Esta é uma das estratégias para afirmar uma produção que é necessariamente coletiva, a saber, a PNH, o SUS e também as ideias que serão apresentadas. Para

[...] poder dizer "nós" devemos aprender a ver o anonimato do mundo entre nós. Nessa aprendizagem, o anonimato deixa de ser sinônimo de privação ou pobreza do sujeito para se mostrar como riqueza do mundo no qual estamos inseridos. Pretendo falar é dessa riqueza e de como pensá-la politicamente. (GARCÉS, 2009).

Somos trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores. Diversos sujeitos numa batalha cotidiana, muitas vezes, sem compreendermos a dimensão de tal empreitada, por manter aquecida uma rede que sustenta a saúde como dimensão da cidadania de qualquer um/uma, a despeito dos desafios e das incertezas que marcam o contemporâneo.

As narrativas são muitas e os coletivos também. Somos gratas aos muitos coletivos de que fizemos parte, alguns são fáceis de nomear como o Grupo de Pesquisa "Figuras e Modos de Subjetivação no Contemporâneo" (CNPq), formado pelos orientandos da pós-graduação, sob coordenação da Professora Cristina Amélia Luzio, orientadora desta tese; os consultores da PNH para a Região Centro-Oeste; o grupo de consultores do Ministério da Saúde, espalhados por este imenso país, intitulado Coletivo Nacional da Política de Humanização; o Coletivo Ampliado dos Apoiadores, os muitos sujeitos que compõem os movimentos na e a partir da PNH; os inúmeros parceiros e apoiadores do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste brasileiro, Frente

---

<sup>2</sup> Música de Caetano Veloso, "Sampa", de 1978.

<sup>3</sup> Música de Luiz Tatit e Marcelo Jeneci, "Por que nós?", de 2010.

Saúde Indígena, Frente Saúde - Trabalho e Apoio Integrado, ações da gestão federal que serão melhor detalhadas no texto.

Esses e outros tantos coletivos formam "um numeroso exército anônimo" (SANTOS, 2010) que produzem o cotidiano do SUS. Dos muitos anônimos, nosso olhar interessa-se pelos que compõem os movimentos no e pelo SUS, principalmente o HumanizaSUS, um grupo disperso, heterogêneo e que contribui para dar vida à rede SUS.

Embora nem todo grupo seja um coletivo, ele carrega consigo a potência para trocas, diálogos e interferências nos modos já cristalizados de pensar, sentir, agir e viver (BENEVIDES, 2007). É com o outro ou, melhor dizendo, são os muitos outros que conseguem fazer o pensamento e as práticas equivocarem-se. É por isso, que usamos a nossa trajetória no SUS, assim como de muitos outros sujeitos, como intercessores para provocar o pensamento.

Os intercessores podem ser pessoas, fatos, coisas fictícias ou reais, animados ou inanimados, enfim, são os agenciamentos que possibilitam o exercício do pensamento. O convite deleuziano é para fabricá-los, já que os intercessores nunca estão dados de antemão (DELEUZE, 2000).

Nesta cartografia, o "[...] pensar significaria descobrir, inventar novas possibilidades de vida" (DELEUZE, 1976, p. 83), fazer conexões, encontrar outras saídas e, de forma concomitante, produzir novos problemas. Quiçá esta pesquisa impulse a todos nós na constante atualização da luta por saúde como sinônimo de cidadania<sup>4</sup>.

## **1.1- POSSIBILIDADES, LIMITES E DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO NO SUS UM CAMINHO JÁ PERCORRIDO E UMA QUESTÃO QUE GANHA FORÇA**

O HumanizaSUS foi criado no ano de 2003, a partir do reconhecimento de experiências inovadoras por todo o país. Embora os desafios ainda sejam muitos, há um "SUS que dá certo", do qual a PNH se alimenta e se respalda para fomentar mudanças nos modos de cuidar e gerir em saúde.

---

<sup>4</sup> Aqui a cidadania é "[...] mais que um atributo formal e universal, supõe um projeto aberto às expressões das singularidades e especificidades da condição humana." (LUZIO, 2010, p. 58). Discussão realizada no capítulo 3, no subitem "Então, qual cidadania interessa?".

Em meados de 2004, começamos a experimentar as propostas da PNH no Hospital Universitário de Dourados, em Mato Grosso do Sul. Os aprendizados anteriores, na graduação em Psicologia pela UNESP/Assis e na Saúde Mental de Campinas– SP, foram fundamentais para estranhar o hospital geral com seus modos mecanicistas e assépticos de fazer saúde.

Ao estudar os primeiros textos da PNH que caíram em nossas mãos, percebemos, com alívio, que a temática da humanização resgatava o que de melhor tínhamos vivenciado e estudado sobre o SUS. O HumanizaSUS somava a ousadia dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, os avanços teóricos produzidos no campo da Saúde Coletiva e a capacidade de criação e de invenção de seus atores.

Na Gerência de Humanização do hospital, deparamo-nos com a complexidade dos problemas que permeavam a produção do cuidado. Sentimentos de impotência, negação, indiferença, omissão e descaso estavam misturados aos procedimentos técnicos, ao modelo assistencial, à gestão, às orientações político-partidárias e até ao financiamento. Os desafios eram muitos: estar na gestão; conhecer e implementar ações para efetivar uma política de saúde; construir parcerias para concretizar esse trabalho; ‘enfrentar’ pessoas que consideravam a humanização uma palavra mágica, como se bastasse dizê-la para que tudo estivesse resolvido, além daquelas que acreditavam ser impossível fazer diferente, e não haver meio de mudar o que sempre foi do mesmo jeito. E, ainda, enfatizamos que na época havia o desconhecimento teórico e prático sobre a humanização da maioria de nossos colegas de trabalho.

A experiência com a PNH, no hospital geral, foi discutida em nossa dissertação intitulada "Possibilidades, limites e desafios da humanização no SUS" (MARTINS, 2010). Ao longo do tempo e do texto, perguntávamo-nos sobre a potência desta Política frente aos obstáculos cotidianos e aos valores que marcam o contemporâneo, como o individualismo e o corporativismo. Dentre as muitas questões, citamos algumas: como falar de humanização a trabalhadores esgotados, ensimesmados, sem tempo e com excesso de trabalho? Quais ferramentas usar na luta contra as desumanizações de cada dia? Como incluir trabalhadores, usuários, familiares e estudantes no processo? Como fazer saúde com eles e não para eles?

Balizamos, de forma breve, as discussões sobre a humanização na saúde. Construimos um histórico político-institucional de nossa temática desde o início de

1990 até a sua constituição como uma política pública, em 2003, e sintetizamos as apostas e propostas do HumanizaSUS. Depois, fizemos uma discussão sobre a nossa atuação profissional no Hospital Universitário de Dourados, no período de 2004 ao início de 2008, com a referida Política, destacando as experiências de trabalho.

Relatamos muitas histórias, nomeadas como "recortes do cotidiano", que acompanhamos e participamos ao longo dos anos de trabalho no referido serviço. Estes recortes são fragmentos, são pequenos momentos que trazem as delicadezas do exercício na efetivação da PNH, ou seja, uma política que visa ser cada vez mais pública ao superar a racionalidade hegemônica. Ao jogar luz a situações corriqueiras, visávamos desnaturalizá-las e dialogar com as propostas que compõem o HumanizaSUS.

Dentre as muitas histórias, mesmo que de forma ainda tímida, narramos alguns pequenos exemplos que sinalizavam os desafios na atenção hospitalar aos usuários das etnias Guarani, Kaiowá e Terena com suas diferentes concepções de corpo, saúde e cuidado. No *lócus* da racionalidade biomédica, tentávamos escutar, dialogar e garantir o cuidado aos indígenas, com respeito às suas especificidades étnico-culturais. Na época, as ações de humanização contribuíram para fazer do hospital uma referência para os usuários indígenas da região sul do Estado. Dentre as ações problematizadas, merece destaque o trabalho do intérprete, um técnico de enfermagem cedido na época pela Fundação Nacional de Saúde<sup>5</sup> (FUNASA), que trabalhava no acolhimento para garantir o diálogo entre os falantes das línguas guarani e português<sup>6</sup>.

Ao longo do texto, trouxemos também algumas características que compõem o paradigma biomédico, principalmente a partir das contribuições de Michel Foucault sobre a racionalidade hegemônica na saúde, com o intuito de problematizar as práticas predominantes nesse campo. Buscamos ainda responder se as discussões pela humanização das práticas se configuram como uma preocupação recente, pergunta que nos fazíamos e também nos era feita durante os anos de trabalho com a PNH.

---

<sup>5</sup> Em outubro de 2010 o Subsistema de Saúde Indígena foi transferido por decreto presidencial da FUNASA para o Ministério da Saúde com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

<sup>6</sup> Sobre o trabalho do intérprete Silvio Ortiz, vide a entrevista "No H.U. de Dourados todo dia é dia de índio", no Caderno HumanizaSUS Atenção Hospitalar (BRASIL, 2010d, p. 258-260) e nas postagens da Rede HumanizaSUS (OLIVEIRA, 2009, 2013, 2013b, 2013c).

Localizamos nos documentos oficiais, que a temática da humanização aparece como preocupação da gestão federal nos anos de 1990, mas ainda reduzida a algumas categorias profissionais, com um viés de gênero e com forte tradição hospitalar. Somando a isso, acompanhamos também as contribuições da sociologia médica, a partir de 1950, e, posteriormente, da sociologia da saúde, que compõem a *epistême* da Saúde Coletiva, segundo Minayo (1999). Seguimos assim alguns rastros que indicam ora as necessidades, ora as efetivas mudanças nos modos de orientar e pensar o cuidar na área da saúde.

Apontamos, ao longo da pesquisa, que os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, somados à constituição do denominado campo da Saúde Coletiva, compuseram os alicerces, ou ‘engrossaram o caldo’, das inovações propostas e reafirmadas pela PNH. O HumanizaSUS está engendrado como os movimentos reformistas que primam por uma concepção ampliada de saúde, pela participação ativa dos sujeitos e por espaços para o exercício de democracia.

Por fim, no intuito de sintetizar o nosso trabalho de mestrado, consideramos que a referida Política contribui com o processo que está em curso na superação do modelo hegemônico e que aposta em outros modos de produzir saúde. Inovações cotidianas, práticas singulares e estratégias coletivas estão em andamento e fazem com que a tutela, o controle e a compaixão<sup>7</sup>, valores que marcam as práticas em saúde, sejam prescindíveis na busca pela produção de autonomia e de corresponsabilidade entre os atores envolvidos.

## **1.2- DELIMITAÇÕES DA PESQUISA - COMO ANCORAR UM NAVIO NO ESPAÇO<sup>8</sup>?**

Estávamos terminando a dissertação, quando aceitamos o convite do Ministério da Saúde para compor o Núcleo Técnico da PNH, em Brasília - DF. A distância da dissertação à tese foi marcada pela experiência como consultora

---

<sup>7</sup> Ao longo da dissertação criticamos a compaixão, pois a entendemos como sinônimo de piedade e de tutela, a partir da genealogia realizada por Caponi (2000). A Prof<sup>o</sup> M<sup>o</sup> Elizabeth Barros, em sua arguição em nossa defesa de mestrado, questionou-nos sobre estes sentidos. Barros apontou uma outra dimensão da compaixão, que implica paixão com o outro, compadecer, compartilhar paixão e sofrimento. Assim, um modo de apaixonar-se com o outro na construção de um novo *ethos*. São duas perspectivas não excludentes e que continuam no horizonte de nossa discussão.

<sup>8</sup> Fragmento da poesia de Ana Cristina César (1998).

contratada pelo Programa das Nações Unidas (PNUD) e depois pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

O cotidiano da gestão federal, na 'baía', como carinhosamente chamávamos as estações de trabalho, e os encontros com os inúmeros trabalhadores de diferentes lugares e pontos da rede pública deste imenso país, nos ensinaram que os desafios da saúde não são técnicos, mas sim políticos<sup>9</sup> (RADIS, 2011). De que política se trata? Como uma política pode não ser pública?

Desde que começamos a trabalhar no SUS, já acumulamos uma década de experiência na indissociabilidade da atenção e da gestão, na clínica e na política, mesmo que essa tarefa tenha demorado a ser compreendida ao longo do percurso. Muitos encontros, mudanças e desafios aconteceram desde as experimentações clínicas com a loucura em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as oficinas em um Centro de Convivência e Cooperação, aos desafios de participar da gestão num hospital geral, depois, na coordenação da saúde mental, no serviço de atendimento móvel de urgência, e, por fim, compor a equipe da PNH no Núcleo Técnico e no Coletivo Centro-Oeste.

O nosso percurso na e pela PNH fez-nos colecionar questionamentos, desafios e entraves. Na análise dos processos de trabalho para mudar o modelo de atenção e gestão, objetivo da Política Nacional de Humanização e tarefa de seus muitos apoiadores, nos deparamos com os avanços no exercício cotidiano do direito à saúde e, de forma concomitante, com as desigualdades e as iniquidades<sup>10</sup> que marcam este país. Encontramos um movimento potente, que ecoa e alimenta as lutas reformistas em saúde, mas que trava batalhas seja com os modos hegemônicos de cuidar e gerir, seja com a incipiente democracia brasileira, seja, ainda, com os atuais limites do jogo neoliberal.

Esta problemática nos convoca a compreender e habitar um paradoxo que já começávamos a sinalizar na pesquisa anterior. Foi com a poesia de Ana Cristina César (1998), que visualizamos a tarefa que parecia ser da ordem do impossível: a aposta da PNH, suas histórias e as narrativas dos apoiadores indicavam um movimento por "[...] ancorar um navio no espaço." (CÉSAR, 1998).

---

<sup>9</sup> A Revista Radis, de julho de 2011, apresenta uma síntese da publicação da edição especial da revista inglesa The Lancet sobre o SUS. Vários aspectos da saúde universal brasileira foram abordados por importantes teóricos responsáveis pela construção da saúde pública, sendo que alguns aspectos dessas publicações serão retomados ao longo do texto (THE LANCET, 2011; RADIS, 2011).

<sup>10</sup> As desigualdades sociais e iniquidades em saúde serão discutidas no capítulo 3.

Vamos produzir um exercício de pensamento, comprometido em desnaturalizar um estado de coisas e compreender o tamanho da empreitada colocada pela PNH em tempos atuais. Neste diálogo, utilizamos as ideias dos pensadores da Filosofia da Diferença, tais como Foucault, Blanchot, Deleuze e Guattari, e também dos autores da Saúde Coletiva brasileira, principalmente os que estão alinhados com as propostas do HumanizaSUS.

Buscamos conhecer algumas inflexões que a referida Política produz nos sujeitos e no cotidiano do SUS, para entender os atuais limites e as possibilidades da saúde como direito de cidadania, uma das metas da Reforma Sanitária, a partir das narrativas dos apoiadores. Ao escutar e dialogar sobre as experimentações na PNH, uma questão nos norteou: como os muitos apoiadores da Política compreendem o seu fazer no SUS?

Antes de prosseguir, uma advertência: os questionamentos acima e os inúmeros que virão não serão necessariamente respondidos. As questões, ao serem formuladas, davam-nos indícios, traziam ingredientes, (des)orientavam o pensamento, compondo assim este exercício de problematização.

### **1.3- INVESTIGAR UM PROCESSO DE PRODUÇÃO DE INFLEXÕES NOS SUJEITOS DO SUS**

Um dos grandes desafios atuais para o conhecimento está na produção de “[...] vidas éticas num mundo crescente, complexo e ambíguo” (SOUSA SANTOS, 2006, p. 640) cujo compromisso é com a fabricação de mudanças em prol da vida coletiva. Para essa tarefa, Sousa Santos propõe “dilatando o presente”, ou seja, olhar o cotidiano e nele enxergar o excesso de experiências bem-sucedidas que estão mudando a ordem das coisas. É um convite para forçar o pensamento a encontrar novas possibilidades de construção social, mesmo que não inseridas num plano hegemônico da ciência e da razão ocidental moderna.

A este convite, somamos uma reversão no sentido tradicional do método científico feita por Passos e Barros, e que está alinhado à proposta do HumanizaSUS, “[...] não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas.” (PASSOS; BARROS, 2009, p. 17).

Já estávamos trilhando esse caminho, quando em uma aula da pós-graduação em Psicologia da UNESP/Assis, ouvimos de um colega uma história sobre o prático, aquele sujeito que avistava o navio ao longe e ia ao seu encontro para trazê-lo ao porto. Essa função era desempenhada por alguém com muita habilidade e conhecimento para conduzir uma grande embarcação com segurança, até a margem.

As primeiras pistas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009) e os indícios<sup>11</sup> (GINZBURG, 1989) sobre como abordar a nossa temática de pesquisa vieram dessa história imprecisa, e foram inaugurando as seguintes questões: Como contar um processo que está em curso? Como dizer de uma política que visa ser pública, produzir o comum, e que está sendo experimentada em contextos diversos da rede SUS? Como problematizar um movimento que se torna uma política de saúde em 2003, e com a qual estamos implicadas desde 2004? Em quais aspectos prestar atenção? Enfim, “como investigar processos sem deixá-los escapar por entre os dedos?” (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009, p. 08).

Para utilizar a história acima, que se soma às muitas outras histórias que temos nesta tese, visando ampliar a compreensão do ato de pesquisar, primeiro é necessário dizer que, em nossa discussão, o prático é produzido ao longo do encontro com o navio, o mar e o caminho ao porto. São dimensões que se constituem no processo, não existindo antecipadamente.

Fazer investigação cartográfica, nossa proposta, é partir da premissa que não há uma meta distante, esperando para ser descoberta e tampouco há uma suposta verdade a ser encontrada no final do percurso. Não há aqui uma pesquisadora<sup>12</sup> que almeja a neutralidade, despida de seus valores, olhando de fora e analisando um determinado objeto, mas sujeitos de pesquisa que se relacionam, estão implicados e se transformam durante o trajeto.

---

<sup>11</sup> Indício é um termo utilizado por Ginzburg (1989), historiador italiano e um dos importantes nomes da micro-história, que investigou experiências menores, sem prévio valor, mas enxergou nelas a potência para ampliar o debate. O menor, micro, molecular em nossa reflexão amparada também pelo Ginzburg não são sinônimos de pequeno, pouco ou de desvalor, mas referem-se ao que foi descartado, esquecido e silenciado estrategicamente.

<sup>12</sup> Quando tratarmos da posição da pesquisadora em conjunto com a sua orientadora, iremos flexionar no feminino. Dentre os muitos aprendizados da passagem de consultora da PNH para a docência na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), destacamos o desafio de ministrar a disciplina "Relações de Gênero e Poder" frequentada por militantes dos estudos de gênero e diversidade. Passamos a nos atentar à reiteração do masculino e defendemos que a produção de outras saúdes também implica na superação do binarismo de gênero, do machismo, do patriarcado e do padrão heteronormativo dominante.

O modo de fazer as perguntas já comporta a direção das respostas. Assim sendo, perguntar se o SUS está ou não humanizado, se a PNH está sendo efetivada nos diferentes níveis de atenção e gestão, ou ainda, quantos dispositivos foram implantados num determinado serviço ou município, por exemplo, traz respostas limitadas. Tais respostas, como sim ou não, é ou não é, ou mesmo somente pelo viés quantitativo não respondem o que é o principal nesta reflexão.

O interesse aqui está no como, nos modos de produzir saúde, de ampliar o conceito de saúde e também de diferir. Então, almejamos problematizar como a PNH está, em composição com as demais políticas e atores do SUS, transformando os modos hegemônicos de cuidar e gerir. Como diferem as apostas e propostas da PNH das outras políticas de saúde? Como a referida Política e o movimento HumanizaSUS estão se produzindo desde 2003? O que dizem apoiadores do SUS sobre os encontros e as experimentações com a PNH? Quais diferenças apontam em si, nas práticas e nos serviços?

Nesta empreitada, uma discussão metodológica vai se destacando mais do que escolher um método de investigação com seus procedimentos e técnicas de antemão. Ao olhar para a nossa experiência no trabalho em diferentes pontos da rede SUS e para as reflexões feitas anteriormente, visualizamos uma composição de diversas linhas. Linhas oficiais, linhas experimentais, linhas de inovação, de atrevimento e também de submissão, silenciamento e esgotamento, entre outras que compõem um amplo processo de humanização do e no SUS, no qual também estamos incluídas.

Essas linhas produzem um território que não se limita a um espaço físico (um ponto da rede SUS), nem a uma totalidade estática (um conjunto de normas a ser cumprido) e nem reduzidos a uma origem (quando e onde começa a preocupação com a humanização?). É, no encontro entre pessoas, valores, teorias, técnicas, artifícios, modos, saberes, poderes, dentre outros, que há uma produção. Cria-se um território formado por forças e formas que estão em ebulição. Desse modo, o que se vai configurando, enquanto campo de pesquisa a ser problematizado, é o movimento de humanização do e no SUS em curso e que não irá superar, de uma só vez, o modo hegemônico de fazer saúde e sim, de modo processual, fomentar mudanças e construir novas práticas, saberes e sujeitos.

A cartografia configura-se como uma experimentação, à procura de outros modos de pesquisar e criar. Não é um instrumento para verificação da verdade e

tampouco se limita a criticar a ciência positivista, mas sim almeja fomentar novas formas de olhar, sentir e narrar. Nesta experiência, lançamo-nos no “[...] desafio de fazer ciência sem uma forma determinada e verdades antecipadas que sobrecodificam e aprisionam as potencialidades do próprio encontro.” (FONSECA; KIRST, 2003, p. 10).

A inversão metodológica proposta por Passos e Barros (2009) e o otimismo das ideias de Sousa Santos (2006) referendam a nossa perspectiva. Aceitamos o convite para “dilatar o presente” (idem) visando problematizar a produção de mudanças nos atores e, de forma concomitante, nas práticas de saúde. Tais movimentos indicam a potência de criação e invenção de sujeitos que constroem um “SUS que dá certo” (BRASIL, 2010b) e que contribuem para manter aquecida a rede que sustenta o exercício da saúde como direito de cidadania.

#### **1.4- UM CAMPO PROBLEMÁTICO**

Iremos problematizar o HumanizaSUS a partir de nossa trajetória com e na PNH, principalmente a experiência como consultora do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2013, no diálogo com os diversos trabalhadores do SUS, os muitos apoiadores que serão apresentados a seguir. Os documentos oficiais, anotações de reuniões, inúmeras rodas de conversa e agendas de apoio foram somadas à leitura de setenta e oito narrativas/documentos finais de um curso<sup>13</sup> da PNH na Região Centro-Oeste e, ainda, o diálogo com cinco outros consultores da Política compondo a nossa cartografia. Essas muitas narrativas estão entrelaçadas e se potencializam, ou seja, a narrativa dos apoiadores que compõem a Política; os fragmentos da história da PNH, com uma década de experimentações no e pelo SUS; e, ainda, a perspectiva da pesquisadora.

A frequente ida ao campo para realizar uma pesquisa traz-nos um outro sentido. Estamos nele desde 2003, no SUS, trabalhando com a PNH desde 2004. Em 2002 - 2003 experimentamos as inovações do projeto “Saúde Paidéia”, tal como o Programa de Saúde da Família foi intitulado pela gestão municipal de Campinas. Como aluna do Aprimoramento em Saúde Mental na UNICAMP, estávamos na

---

<sup>13</sup> Sobre os cursos de formação de apoiadores da PNH, além de algumas discussões que faremos a seguir, vide Caderno HumanizaSUS Formação-Intervenção (BRASIL, 2010e) e Paulon et al. (2014).

academia e, ao mesmo tempo, em dois equipamentos da saúde mental. Nesses serviços substitutivos à lógica manicomial, experimentamos o trabalho multidisciplinar, o apoio matricial, o acompanhamento terapêutico, as oficinas e as assembleias, com momentos de supervisão institucional e com arranjos internos de cogestão.

Em seguida, vieram quase quatro anos num hospital geral, fomentando ações a partir do HumanizaSUS. Ao sair do hospital, levamos a preocupação conosco para o SAMU. De 2008 a 2010, produzimos uma dissertação sobre as limitações e os desafios inerentes à empreitada de humanizar as relações e práticas em saúde. De 2010 a 2013, trabalhamos na PNH, primeiro compondo o Núcleo Técnico em Brasília e, depois, como consultora referência para os estados da Região Centro-Oeste do país.

Ao longo dos anos, um conjunto de questões, encontros e marcas foram ganhando força e forma. Um campo problemático foi se configurando com o passar do tempo, das leituras e dos acontecimentos. Mais do que a ida ao cenário de pesquisa, há algo que não sai de nós, ou melhor, nós é que não saímos dele, por convicções éticas.

Nessa cartografia, não há uma coleta de dados, como se houvesse algo pronto à espera de pesquisadoras experientes que pudessem colhê-los (BARROS, 2012). Por anos, permanecemos no campo - com as mãos na massa - e fazendo análises juntamente com os demais sujeitos. Estamos cientes de que nem todo trabalho permite problematizações, mas consideramos que o nosso e dos intercessores com os quais dialogamos trazem um convite, uma provocação para que o pensamento aconteça. Nessa perspectiva, o trabalho é lugar privilegiado para pensar e agir, e a produção de conhecimento está implicada com o enfrentamento das iniquidades de um país como o nosso.

Parece-nos que é tempo de colheita<sup>14</sup> das ideias, mas as considerações apresentadas aqui estão em diferentes estágios de amadurecimento. Por isso, também é tempo de maturação, de encontrar e fabricar os intercessores que possibilitam o exercício do pensamento. Como aprendemos com os apoiadores e os

---

<sup>14</sup> A expressão colheita de dados também foi utilizada por Barros (2012) e Paulon "[...] em substituição à 'coleta' de dados, como intuito de diferenciar da tradicional etapa de pesquisas que se resume a levantar informações já prontas, por considerar que há uma dimensão de produção em qualquer ato." (PAULON et al., 2014, p. 23) referendando assim a nossa posição.

parceiros do HumanizaSUS, essa colheita é uma tarefa coletiva, são necessários muitos de nós.

## 1.5- NAVEGAÇÃO POR NARRATIVAS E ACONTECIMENTOS

uma verdadeira viagem de descoberta  
não se resume a pesquisas de novas terras,  
mas envolve a construção de um novo olhar.

Proust

Como já advertimos no início deste texto, as narrativas aqui são muitas. A saber, as narrativas dos apoiadores da PNH (produzidas em inúmeras rodas de conversa, nos documentos oficiais e nos diálogos para a tese), as produzidas pela dupla pesquisadora - orientadora, as provenientes dos encontros com o grupo de pesquisa, os referenciais teóricos e as inúmeras outras narrativas que são efeitos dessas misturas.

A narrativa, a partir de Maurice Blanchot (2005), nos convida a seguir o canto das sereias. Canto como navegação, como distância a ser percorrida e sem nenhuma utilidade. Será possível, mesmo que por um segundo, abandonar o *telos*, a busca desenfreada que marca o sujeito moderno pela finalidade?

Blanchot adverte que o “[...] canto se destinava a navegadores, homens do risco e do movimento ousado, e era também ele uma navegação: era uma distância.” (2005, p. 04). Eis uma boa interface canto/pesquisa. Tomar a pesquisa como risco, como movimento de ousadia de quem a produz na tentativa de levar o pensamento a desbravar novas terras, inventar questões e fazer dele um ato político e não um "sonífero da prática". (PELBART, 1991).

Há uma distância a ser percorrida e que não se limita aos créditos, ao tempo cronológico e às páginas que compõem a tese. Distância entre início e fim de um trabalho, da construção de um pensamento que jogue luz a um campo e que crie novos problemas, mais do que respostas. Se, por um lado, percorremos alguns desses critérios, por outro, muitas questões continuam sem respostas. Uma delas é o que (mesmo) significa/implica um doutoramento?

A pesquisa aqui é uma navegação por lembranças, acontecimentos, marcas e narrativas. Como enxergar mudanças senão pela história narrada por quem as vive, as sente e as promove? Nosso interesse é pelas experiências com e a partir da PNH e pelo modo sempre singular como cada um conta fragmentos da história de produção do SUS. Há inúmeros encontros e desencontros com a produção da rede que sustentam o exercício do direito à saúde, com as mudanças na atenção e na gestão fomentadas e fortalecidas a partir do HumanizaSUS. Assim, a narrativa é mais que contar uma história, é aqui a própria história da PNH sendo contada pelos sujeitos que a produzem.

O diálogo com os trabalhadores deste imenso país e as andanças como consultora provocaram-nos a pensar. O pensamento "[...] não é o exercício natural de uma faculdade, [...] pensar depende das forças que nos forçam a pensar" (PELBART, 2004, p. 177). Almejamos com esse percurso mais do que acumular conhecimento absorvido sem fome ou necessidade, "[...] uma quantidade descomunal de indigestas pedras de saber" que tem transformado o sujeito moderno em "enciclopédias ambulantes" (NIETZSCHE, 1996, p. 277).

Falemos aqui um pouco sobre as narrativas/documentos finais e os diálogos com os consultores da PNH, nossos intercessores. Sabíamos que não pretendíamos realizar entrevista semidirigida, já que pouco nos interessávamos pelas respostas às possíveis perguntas que conseguiríamos formular. Mas, por que e para que colher narrativas dos consultores? Como escutar amigos/colegas/companheiros de anos de trabalho no SUS (e alguns também de vida)? Por que ouvi-los? Para que gravar ou anotar? Que novidade nos interessa? Que outras histórias poderiam contar?

Ao longo das conversas, foi ganhando destaque o fato de que tanto o início quanto o final eram marcadores temporais arbitrários. Em muitos momentos, a pergunta 'podemos gravar?' antecipava o fim do diálogo, interrompia a comunicação e explicitava os nossos interesses como pesquisadora. Às vezes, parecia até uma intromissão. Nas entrelinhas, líamos 'mas isso não era para ser um papo informal?'. Por repetidas vezes, as mesmas ou semelhantes respostas: 'preciso me preparar'; 'quanto tempo demora?', 'o que mesmo eu disse, foi agora ou antes, que te interessou tanto?'.

Estas situações apontaram a recusa de alguns e os pedidos de cuidado de outros. Fomos questionadas sobre o teor das questões que faríamos e da garantia do anonimato. Ao sermos indagadas, explicamos novamente o objetivo da pesquisa

e o nosso compromisso ético. E, quando nos parecia que o encerramento era inevitável, ao agradecermos a oportunidade, desligar o gravador ou fechar o bloco de notas, a conversa sobre a PNH, o SUS e os seus desafios, dilemas, delicadezas, retrocessos, paradoxos e incertezas continuava quase como se tivesse vida própria. Algo acontecia para além de nós.

Os amigos, em consonância com Deleuze e Guattari, têm uma dimensão política, "[...] uma presença intrínseca ao pensamento, uma condição de possibilidade do próprio pensamento, uma categoria viva" (1992, p. 09), com os quais muito aprendemos e sem eles não poderíamos percorrer esse caminho. As narrativas foram intercessores para provocar o pensamento, compondo um exercício de diálogo entre muitos. Para nós "[...] sempre se trabalha em vários, mesmo quando isso não se vê" (DELEUZE, 2000, p. 156). Sendo assim, este trabalho está povoado de conversações com amigos, depoimentos, narrativas de si e do mundo, que se configuraram como ricos momentos de diálogo, reflexão, desabafo, alegria e escuta.

Por vezes, acompanhadas por Blanchot seguíamos com uma aposta: "[...] a palavra de ordem é, portanto: silêncio, discrição, esquecimento." (2005, p. 07). Ficar em silêncio, exercitar a escuta, confiar na memória e, inclusive, no tão necessário esquecimento. E algo se passava entre pesquisadora-convidado. Os prévios acordos sobre o tempo de duração, por exemplo, eram ignorados. Havia muito a dizer, pensar e questionar. Muitas histórias a serem contadas e, junto com elas, um emaranhado de sentimentos compunham as narrativas. Incerteza, angústia, certa cansaça que beirava a exaustão, solidão e, de forma concomitante, encantamento, desafio, alegria, reconhecimento e orgulho por compor um ousado movimento. Movimento que, dentre outras características a serem discutidas ao longo destas páginas, possui afinidades éticas e formam uma comunidade do que não pode ser comum (BLANCHOT, 2013).

Aqui o pensamento é bom quando vem depois. Ao escutar as narrativas, deparamo-nos com um conjunto heterogêneo produzido pelo acaso, ora pela facilidade, ora pelo interesse em ouvir o que tal consultor tinha a dizer. O conjunto construído foi: alguém que está na Política há uma década, um consultor recente, um olhar para a sociedade de classes, um viés pragmático, uma escuta para os movimentos desejantes e sua força disruptiva. Olhares que se somam e que

ampliam o nosso, contribuindo para que o pensamento pudesse acontecer, e questões serem formuladas.

Sobre as narrativas/documentos finais produzidos pelos apoiadores e que são entregues no final dos cursos da PNH, também acumulávamos dúvidas, tais como: O que procurar nesses textos, se nossa pesquisa não é sobre os cursos da PNH? O que dizem dos encontros e desencontros com a PNH e das possíveis mudanças no cotidiano e nas situações de trabalho? O que têm em comum trabalhadores (os já ou futuros apoiadores) em diferentes pontos do SUS?

Esclarecemos que a PNH organiza cursos de formação e intervenção em parceria com estados e municípios. No final de cada um deles, os documentos entregues são apelidados de narrativas, por serem uma escrita autoral, de produção de subjetividades. No ano de 2010, tivemos o primeiro contato com um curso da Política. Fomos como uma telespectadora distante, mas atenta ao trabalho de pessoas tão experientes no SUS, na análise institucional e na Saúde Coletiva. Acompanhávamos as discussões e conhecíamos o conteúdo das narrativas/documentos finais nas reuniões com os demais consultores. Depois, num outro processo de formação, participamos ativamente compondo a coordenação pedagógica, colegiado gestor e, ainda, como facilitadora das discussões sobre a PNH no período de setembro de 2010 a junho de 2011.

Todo este material somado à nossa experiência trouxeram constatações significativas, muitos questionamentos e novos indícios para a reflexão sobre o que acontece com os trabalhadores e suas práticas a partir das rodas de conversa e demais atividades da PNH. Então, primeiro, realizamos uma leitura com a atenção desinteressada e mais preocupada por reconhecer um território. Depois, selecionamos desse material alguns fragmentos para contar uma história do HumanizaSUS e, ainda, os posicionamentos em consonância com os indicadores de uma outra saúde, uma saúde que prima pela produção de modos singulares de tocar a vida, como dimensão de cidadania sempre mutante e provisória.

Pinçamos as falas que sinalizam como os apoiadores compreendem a PNH e a sua tarefa no SUS, que avaliação fazem de si mesmos e dos processos de mudança que estão incluídos. Ressaltamos, ainda, que nosso interesse aqui é por coletivos de força, pelo movimento de questionamento do modelo hegemônico, pelas transformações nos sujeitos em prol do fortalecimento do SUS como um bem

comum. Esses processos são, de forma inseparável, nas pessoas e nas práticas dando-nos indícios de "novas suavidades" (GUATTARI, 1980)

Não foram poucas as vezes em que nos considerávamos perdidas entre as muitas narrativas que compõem esta pesquisa. Estávamos procurando de onde vinha o canto das sereias, tal como adverte Blanchot (2005), até que mais um bom encontro aconteceu. Reencontramo-nos com Deleuze e Guattari para quem "[...] se o pensamento procura, é menos à maneira de um homem que disporia de um método, que à maneira de um cão que pula desordenadamente..." (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 68).

O pensamento aqui pula desordenadamente. Os saltos são para muitas dimensões, tais como produção de saúde e de sujeitos, direito à saúde, direito a diferir, democracia, cidadania, política, acontecimento e narrativa. Há um fio condutor entre estas grandezas e a tentativa de farejar a produção de mudanças que ocorre nas práticas e nos sujeitos. Algo nos acontece, e essas mutações compõem uma aposta que se mantém e é aquecida nos encontros com e da PNH, a despeito dos atuais desafios do SUS. Há coletivos de forças que sustentam o direito à saúde, como um avanço civilizatório e, de forma concomitante, há estratégias em construção na busca por novos modos de trabalhar, viver, pesquisar e pensar.

A narrativa traz uma outra temporalidade, o tempo do acontecimento. "[...] a narrativa, em geral, relata um acontecimento excepcional que escapa às formas do tempo cotidiano e ao mundo da verdade habitual, talvez de toda a verdade." (BLANCHOT, 2005, p. 08). Como algo consegue escapar disso?

A proposta narrativa para Blanchot contribui para reafirmar o nosso posicionamento ético. Aceitamos o convite de fazer um exercício de pensamento na busca por produzir uma pesquisa "sem sede de verdade" (PELBART, 2003, p. 51), sem procurar algo escondido que poderá ser encontrado no final do processo. Não há uma tentativa aqui de representar o real, de encontrar algo supostamente escondido atrás das falas e dos textos dos participantes e enunciar uma verdade. "A narrativa não é o relato do acontecimento, mas o próprio acontecimento, o acesso a esse acontecimento, o lugar aonde ele é chamado para acontecer." (BLANCHOT, 2005, p. 08).

O acontecimento, a partir de Foucault, Deleuze e Guattari, é um conceito caro em nossa discussão. Não temos a pretensão de apresentar conceitos prontos e definitivos das obras destes autores, e sim almejamos que nos auxiliem na tarefa de

compreender um pouco mais sobre o que nos acontece, o que somos e em que estamos nos tornando (FOUCAULT, 1984).

"O que é nossa atualidade? Qual o campo atual das experiências possíveis?" (FOUCAULT, 1984, p. 112), são questões colocadas por Foucault, e nestas, a noção de acontecimento é constitutiva da tarefa de pensar o presente. Sendo assim, "[...] interrogar a atualidade é questioná-la como acontecimento na forma de uma problematização." (CARDOSO, 1995, p. 54).

As indagações de Foucault já anunciam que o acontecimento<sup>15</sup> se apresenta inseparável de outras proposições que configuram a própria tarefa de seu pensamento. Acontecimento, problematização e atualidade são conceitos que estão articulados e formam uma composição.

A problematização é um experimento que pretende forçar as barreiras do que é possível pensar para tentar ultrapassá-las. E a atualidade traz outra perspectiva de tempo, não se reduz ao hoje, ao presente, mas convoca o olhar para encontrar a diferença histórica, a novidade. A atualidade engendra o "presente-diferença" e o "presente-repetição" (CASTRO, 2009, p. 108).

Dentre as muitas provocações feitas pelos nossos autores para pensar o presente e o que acontece, há o desafio de experimentar a temporalidade de um outro modo. Tomar o tempo sem a linearidade do passado, presente e futuro, é condição para abertura à potência de diferenciação.

O tempo, em que repousam as narrativas e os acontecimentos, apresenta-se como plural, sendo composto por duas perspectivas simultâneas, os tempos em *Aion* e *Cronos*. *Cronos* é o presente, o limite, a delimitação, o antes ou o depois, ou seja, o tempo da medida. *Aion* é o tempo da superfície, dos acontecimentos incorporais, dos atributos, dos efeitos e das desmedidas. (PELBART, 2004).

Compreendemos que os conceitos

---

<sup>15</sup> Castro (2009) destaca quatro sentidos para este conceito. No primeiro sentido, o acontecimento serve para caracterizar a arqueologia como modalidade de análise dos acontecimentos discursivos. Assim, o acontecimento implica em uma novidade. Já na segunda acepção, o acontecimento se traduz como uma prática histórica, como regularidade. Este desafio é um ponto nevrálgico para Foucault cuja proposta era de pensar, de forma concomitante, sobre a diferença e a regularidade, sobre a transformação e a descontinuidade das práticas e da história. A lança nietzschiana atravessa de forma decisiva este pensamento e demarcando um terceiro sentido. O acontecimento é tomado como relação de força e se entrelaça com a tarefa de diagnosticar a atualidade. E o último sentido advém da criação por Foucault dos neologismos acontecimentalizar e acontecimentalização para delimitar com radicalidade o seu método de trabalho histórico.

[...] devem estar em relação com problemas que são os nossos, com nossas histórias e sobretudo com nossos devires [...] faz ouvir nossas variações e ressonâncias desconhecidas, opera recortes insólitos, suscita um Acontecimento que nos sobrevoa. (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 36).

Um acontecimento nos sobrevoa e tem relação vital com os problemas e as histórias que trazemos aqui. Deleuze e Guattari fazem um convite às experimentações e apontam duas maneiras de considerar o acontecimento. A primeira é tomar o acontecimento para "[...] recolher a sua efetuação na história, o condicionamento e o apodrecimento na história" e a segunda seria "[...] em instalar-se nele como num devir, em rejuvenescer e em envelhecer nele de uma só vez." (idem, p. 134).

Ao ler os documentos, escutar os apoiadores, problematizar práticas e contar uma certa história da PNH, temos a confirmação de que a produção do mundo social e do desejo, tal como nos ensina Guattari (1981), não estão em polos opostos com insiste a racionalidade moderna. Duas dimensões colocadas como antagônicas - sujeito e objeto - encontram-se nas narrativas e compõem um mesmo movimento. A produção de saúde, de sujeitos e de modos de subjetivação são inseparáveis. Além disso, como princípio da PNH e como perspectiva que sustenta nossas análises, essas dimensões são enfraquecidas, ao serem fragmentadas. Ao tomá-las como em constante mutação, elas inauguram questões quando os apoiadores pensam sobre os acontecimentos, sobre si mesmos e o mundo, ou melhor, quando pensam e narram sobre si no mundo.

Para nós, este texto é um dos modos de contar uma das muitas histórias da PNH. Há inúmeras relações de poder que configuram um campo de batalha micropolítico, sendo que a nossa atenção almeja captar os modos de subjetivação produzidos nesse jogo, que não podem ser centralizados no indivíduo, no 'eu', que não são passíveis de totalização.

A problemática micropolítica ou molecular refere-se a produção de subjetividades singulares e está relacionada ao plano das forças, das moléculas e das intensidades enquanto que a macropolítica ao plano das formas, da organizações e da representações. Entretanto, a macropolítica ou o molar não diz somente do Estado e o micro das relações. Há complementaridade e entrecruzamento e não oposição entre o molecular e o molar já que um movimento acontece, de forma concomitante, no plano social, subjetivo, político, econômico,

cultural, dentre outras dimensões. A micropolítica e a macropolítica nos convidam a mudar a lógica de pensamento e são perspectivas que se opõem às limitações do binarismo inerentes as categorias como verdadeiro ou falso, dentro ou fora. (GUATTARI, 1981; DELEUZE; GUATTARI, 1995; GUATTARI; ROLNIK, 2000). Aqui, a construção da realidade, dos sujeitos e do mundo são partes indissociáveis desse movimento.

## **1.6- IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESP/Assis, parecer n° 175.853. Foi igualmente autorizada pelo Coletivo Nacional da PNH, em reunião ocorrida em Brasília - DF, em dezembro de 2011, e pela Coordenação Nacional do HumanizaSUS para que pudéssemos fazer uso de documentos internos e de circulação restrita do Ministério da Saúde (Anexo A). Os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), sendo que uma via está arquivada conosco.

Como acordado com o Ministério da Saúde, temos o compromisso de apresentar a tese à coordenação da Política Nacional de Humanização, ao grupo de consultores e disponibilizá-la aos profissionais envolvidos direta e indiretamente com a mesma. Além disso, o texto será coletivizado na Rede HumanizaSUS<sup>16</sup>, espaço colaborativo e virtual que congrega mais de trinta mil pessoas que se interessam pela temática e pelo SUS.

Além das formalidades e obrigações éticas inerentes às pesquisas com seres humanos, que respeitamos e com as quais estamos de acordo, há mais uma preocupação a ser destacada. Levamos a sério o convite "[...] implicar-se para conhecer" (PAULON, 2005) e buscamos neste estudo ampliar nossa capacidade de análise, ao formular críticas, enxergar as limitações e os desafios na construção do SUS. Pretendemos também estar atentas, para que as experiências com a PNH, que serão retomadas ao longo do texto, não nos deixassem cegas tanto para as novidades e suavidades, quanto em relação aos seus pontos problemáticos, impasses e paradoxos.

---

<sup>16</sup> A experiência da Rede HumanizaSUS (RHS) será melhor discutida no capítulo 2. Sugerimos um passeio pela *web* no endereço <[www.redehumanizasus.net](http://www.redehumanizasus.net)>.

A análise da implicação, a partir das contribuições da análise institucional de linhagem francesa que respaldam as ações da PNH, contribui como ferramenta para pensarmos no "[...] jogo de interesses e de poderes encontrados no campo de investigação" (PAULON, 2005, p. 23). A implicação é como um "[...] nó de relações sempre presente" (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007) composto por atravessamentos institucionais, afetivos, políticos e sociais que, ao ganhar visibilidade, dizem de nós, da pesquisa e do campo de forças em que estamos inseridas.

Este é um modo de tecer reflexões e apontamentos sobre as relações institucionais, de captura e pertencimento que se atualizam na experiência e compõem as nossas preocupações. Temos ciência de que sempre estamos implicadas, e colocar em análise a implicação com o campo é um "trabalho coletivo" (MONCEAU, 2008). Tal trabalho foi realizado em muitas oportunidades: no grupo de estudo e pesquisa "Figuras e Modos de Subjetivação no Contemporâneo" (CNPq); no Coletivo da PNH da Região Centro-Oeste; e no Coletivo Nacional da PNH (ambos espaços institucionais do Ministério da Saúde que serão apresentados e problematizados ao longo do texto).

Em meio aos riscos de construir uma leitura enviesada sobre o HumanizaSUS, das críticas - inclusive as nossas - referentes ao engajamento com esta Política e, ainda, do risco da sobreimplicação, ou seja, da

[...] dificuldade de análise e que, mesmo quando realizada, pode considerar como referência apenas um único nível, um só objeto, impossibilitando que outras dimensões sejam pensadas, que as multiplicidades se façam presentes, que as diferentes instituições sejam consideradas. (Coimbra; Nascimento, 2007).

Há sempre algo a ser feito, como Foucault nos ensina: "[...] nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. [...] acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo." (FOUCAULT, 2010, p. 299). Compreendemos, assim, que o nosso principal perigo é não enfrentá-lo.

## **1.7- NOSSO PERCURSO COM MUITAS CURVAS, PARADAS E DESVIOS**

Neste trabalho, iremos problematizar o HumanizaSUS. Almejamos produzir um caminho para compreender a produção de mudanças nas práticas e nos atores que constroem o SUS a partir da Política Nacional de Humanização. As mudanças são inseparáveis das lutas travadas no interior do paradigma hegemônico, quando propõem superá-lo. Vamos detectar riquezas, produzir conexões e desnaturalizar o que parecia ordinário.

Nesta cartografia, interessam os muitos encontros com sujeitos, histórias, práticas, situações corriqueiras do cotidiano de trabalho, assim como os estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos ao longo do percurso da PNH. Muitas narrativas estão entrelaçadas e se potencializam nas páginas a seguir: a narrativa dos apoiadores que compõem a Política; os fragmentos da história da PNH, com uma década de experimentações no e pelo SUS e, ainda, a perspectiva da pesquisadora.

Utilizamos muitos intercessores neste trabalho. Os documentos oficiais, anotações de reuniões, inúmeras rodas de conversa e agendas de apoio através de nossa experiência, como consultora técnica do Ministério da Saúde, nos anos de 2010 a 2013, que foram somados aos setenta e oito documentos/narrativas finais de um curso da Política na região Centro-Oeste e, ainda, com o diálogo sobre a PNH com cinco outros consultores da Política, compondo esta pesquisa.

No capítulo 2, dialogaremos com as muitas narrativas, marcas, fatos, discussões, eventos e desafios que compõem o HumanizaSUS. Fragmentos da história da PNH serão retomados e acrescidos das narrativas dos apoiadores, consultores e parceiros da Política que contam as mudanças, em diferentes dimensões e intensidades, em si e em suas práticas, dando-nos indícios de "novas suavidades" (GUATTARI, 1981).

As inúmeras viagens e rodas com trabalhadores de diferentes regiões, como consultora da PNH, nos fez compreender os desafios do SUS e da PNH em um país como o nosso. No capítulo 3, apresentaremos um plano de análise que ganhou relevância ao longo desse percurso em que questionávamos em conjunto com os demais apoiadores sobre os atuais desafios e entraves do SUS. As capturas do contemporâneo, o SUS como um campo de disputa, os muitos e desiguais 'Brasis', a luta por cidadania e por outras saúdes contribuem para a compreensão do tamanho da tarefa proposta pelo HumanizaSUS.

Ao longo desse percurso, habitamos e esperamos ter construído também uma narrativa que coloca em evidência as experiências singulares que sinalizam que há outras histórias a serem contadas e novas saúdes a serem inventadas, mesmo em tempos paradoxais como os nossos. Assim, há uma rede produzida e aquecida por muitos anônimos, dentre eles os apoiadores da PNH, que mantêm a saúde como dimensão de cidadania de qualquer um/uma.

## 2- HUMANIZASUS: OBRA ABERTA E TAREFA COLETIVA

Um galo sozinho não tece uma manhã:  
 ele precisará sempre de outros galos.  
 De um que apanhe esse grito que ele  
 e o lance a outro; de um outro galo  
 que apanhe o grito de um galo antes  
 e o lance a outro; e de outros galos  
 que com muitos outros galos se cruzem  
 os fios de sol de seus gritos de galo,  
 para que a manhã, desde uma teia tênue,  
 se vá tecendo, entre todos os galos.

João Cabral de Melo Neto

Apresentaremos e problematizaremos uma trama em que uma das políticas de saúde, especificamente a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão, o HumanizaSUS ou a PNH, contribui para que experiências cotidianas de qualificação do SUS aconteçam em diversos lugares deste país. Buscaremos compreender alguns aspectos de como a saúde, enquanto direito de qualquer um/uma, se sustenta; como essa rede é tecida e como os sujeitos que a mantêm aquecida entendem o seu fazer nesta empreitada.

Contaremos fragmentos dessa história a partir dos relatos dos diversos apoiadores. Também discutiremos quem são e o que fazem os apoiadores. Para este início, explicamos que as narrativas se misturam e são plurais, já que muitas são as vozes que produziram o percurso da PNH. Manteremos o anonimato dos sujeitos já que aqui pouco importam as configurações identitárias. O pensamento foucaultino nos ensina que mais do que quem disse, o que é dito não é dito de qualquer lugar.

Problematizar o que nos acontece implica tomar uma posição na contramão de uma história considerada como unitária e totalizante. A história que nos interessa, constituída por disputas, contradições e paradoxos, é rizomática. Um rizoma é uma composição marcada por conexão e heterogeneidade, sem hierarquias prévias ou unidades de medida, para Deleuze e Guattari (1996). É produzido por agenciamentos diversos e por multiplicidades que constroem novas entradas e saídas, foge por todos os lados e nos convida a entrar pelo meio e fazer novos e estranhos usos.

Vamos à nossa empreitada na busca por detectar riquezas, produzir conexões e desnaturalizar o que parecia óbvio e corriqueiro. Um caminho nada linear, com idas, vindas, bifurcações e versões compõem a nossa tarefa na busca por enxergar as preciosidades da experiência em andamento, ou seja, a potência coletiva do "anonimato do mundo entre nós" (GARCÉS, 2009) a partir do HumanizaSUS.

Buscaremos explicitar alguns conflitos e destacar analisadores, ao problematizar os movimentos produzidos pela PNH e seus apoiadores ao longo de uma década. Como aprendemos em nossa trajetória na PNH e na Análise Institucional, qualquer coisa pode ser um analisador, desde que funcione como um "dispositivo revelador das contradições" provocando-nos a "[...] uma análise de decomposição do que aparecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), [ao] desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade." (PAULON, 2005, p. 24).

A história do SUS e da PNH que nos interessa contar é a que prima pela construção do comum, de uma política do comum, cujo início já é um

[...] certo início, pois bem sabemos que por trás de todo o começo há infindáveis pontos de conexão com outros tantos pedaços de história. Não há linearidade na história, ao menos nesta história que acreditamos ser feita de fatos comuns, composta de práticas feitas por homens comuns. Sim, é justamente esta história – a da construção de um comum - que interessa. (BENEVIDES, 2013).

No plano comum, temos sujeitos anônimos que insistem em apostar no que é coletivo, na construção de uma rede SUS de qualidade, em práticas que promovam a dignidade de usuários e trabalhadores. Temos ainda movimentos que se formam e questionam as organizações corporativas, as gestões autoritárias, a tão naturalizada dissimetria entre trabalhadores e usuários, o descaso com o que é ou deveria ser público, dentre tantos outros aspectos que apontaremos ao longo do texto. Há uma certa comunidade e seus membros partilham da alegria de não estarem sós, assim como da indignação pelo que ainda acontece com a saúde pública deste país.

Das muitas histórias que compõem este percurso, nossa atenção estará voltada para a "[...] história-acontecimento, que irrompe na linearidade dos fatos, que expressa o pulsar da vida." (BENEVIDES, 2013). O acontecimento possibilita desnaturalizar o que se apresenta como evidente, ao questionarmos "[...] o bom

senso, o sentido correto, a direção única das coisas na sua sucessão sensata, que vai do anterior ao posterior, do passado ao futuro." (PELBART, 2004, p. 65).

## 2.1- "SEMPRE TEM GENTE PARA CHAMAR DE NÓS"

Pelo direito à saúde de qualidade de qualquer um/uma e reafirmando os princípios constitucionais, a Política HumanizaSUS acumula experiências, parceiros e produções desde a sua criação em 2003. A PNH produziu experimentações no SUS indicando-nos inflexões na direção que parecia ser a "única das coisas" (PELBART, 2004). São acontecimentos que promovem diferenças nos sujeitos, nas práticas e nos serviços de saúde. Algumas peças são tão efêmeras e quase imperceptíveis que até chegamos a duvidar de sua existência; outras são tão concretas e evidentes quanto uma parede num serviço de saúde.

Esta é uma Política que prima pelo movimento no e pelo SUS. Embora tenha sido disparada pela gestão federal, não se limitou ao grupo de consultores contratados para tal tarefa. São os muitos apoiadores que contribuem para manter aquecida a rede que sustenta a saúde como dimensão de cidadania, a despeito de tantos desafios.

Ninguém conhece todo o SUS, tal como aprendemos com Nelson Santos em uma aula há mais de uma década atrás como aprimoranda<sup>17</sup> da Saúde Mental em Campinas - SP. Essa ideia, vinda de um dos mais importantes formuladores e grande defensor da saúde universal brasileira, enfatiza a complexidade com as muitas nuances da experiência em andamento no país. O SUS é uma produção coletiva, e seus inúmeros entraves e riquezas só podem ser compreendidos quando olhados por muitos de nós.

Partimos da proposta de Santos e atrevemo-nos a afirmar que a mesma serve para a PNH, assim como para outras políticas que agregam muitos sujeitos ao primar pela produção de redes e agenciamentos no SUS. Estes sujeitos comuns que produzem experiências coletivas, que apostam no público e que lutam pela saúde de qualidade como direito já sinalizam um acontecimento.

---

<sup>17</sup> 'Aprimoranda' era o apelido utilizado pelos alunos do Programa de Pós-graduação *Latu Senso* – Aprimoramento/Especialização em Saúde Mental da UNICAMP.

O HumanizaSUS é mais do que a soma do Núcleo Técnico e da Coordenação Nacional que estão localizados em Brasília, assim como dos consultores regionais contratados pelo Ministério da Saúde. Este marcador, valorizar o anonimato e não as posses e as autorias, não é trivial. Por diversas vezes, participamos de discussões acaloradas que disputavam o sentido da humanização e os modos para sua implementação.

A afirmação "*para nós da PNH...*" traz, no mínimo, três posições não antagônicas: ora marcava a posição dos consultores como representantes oficiais do Ministério da Saúde, ora o lugar de autoridade que estava somado a um viés impositivo garantindo a primazia do sentido da humanização, ora definia um grande "exército de anônimos" (SANTOS, 2010), cujas afinidades éticas os mantêm juntos, a despeito de tantos desafios, na luta por mudanças no e pelo SUS.

A PNH é fruto das lutas reformistas em saúde, sendo produzida pelos seus muitos apoiadores. Apoiador é o termo usual para indicar os sujeitos que exercem a função de apoio institucional, tomado como dispositivo e método, nas experimentações da Política desde 2003. Mesmo entre os apoiadores, há diferentes formas e entendimentos sobre como se realiza essa função.

No fio da navalha, temos por um lado o HumanizaSUS como uma composição, marcado pela inclusão de diferentes formas de pensar e operar o apoio, uma Política que aposta na produção do comum e em práticas singulares que respondam aos problemas e desafios do cotidiano do SUS. E, por outro, observamos que há indicativos de padronização, na tentativa de um maior alinhamento, que porventura podem acarretar um engessamento, nos modos de fazer apoio. Destacamos assim "[...] o 'risco' que sempre corre em uma política – que se quer coletiva, contingente e processual – de funcionar cooptada pelas forças de Estado." (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014, p. 204).

No HumanizaSUS há os consultores, grupo contratado pelo Ministério da Saúde, que, dentre outras tarefas, apoiam as ações de humanização nos territórios para os quais são referência. E, somam-se aos consultores, os sujeitos<sup>18</sup> que se identificam com a PNH e compõem os muitos parceiros da Política. O termo apoiador é utilizado, ainda, para designar as pessoas que passaram pelos cursos de

---

<sup>18</sup> Não iremos especificar se as narrativas são de trabalhadores ou gestores já que para o HumanizaSUS o trabalhador da saúde é gestor de seu trabalho, aspecto a ser discutido a seguir. Somente os usuários serão problematizados no texto. Identificar o segmento que pertencem os atores nos levaria a novos problemas e provavelmente até a outra tese.

formação fomentados na parceria entre a gestão federal e demais entes da federação. Ao longo do texto, usaremos o termo apoiador de forma genérica, fazendo as especificações da vinculação institucional somente quando houver relevância para a discussão.

Uma das questões problemáticas para a Política é se os processos de formação, principalmente os cursos de apoiadores disparados desde 2006, conseguem produzir a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos participantes. *"Formamos apoiadores?"* é uma das recorrentes questões que mobiliza internamente a PNH.

A função apoio, os desafios e as delicadezas que a engendram serão retomados, mas não esgotados neste texto, já que há um movimento de apoio no SUS que não pode ser reduzido às políticas da gestão federal. Esta metodologia, reconhecida na Saúde Coletiva como "[...] uma das mais importantes inovações [...] alinhada com a defesa de direitos e com a participação democrática no SUS" (PASSOS et al., 2014, p. 805), tem ganhado força, influenciando o movimento sanitário (RIGHI, 2014) e configurando-se como um campo de experimentação marcado por divergências teórico-metodológicas.

Embora não seja exclusiva da PNH, destacamos que a experiência do HumanizaSUS em promover ações descentralizadas nos Estados e Municípios a partir das relações de apoio, constitui-se um marco na gestão federal, sendo que a "[...] PNH é a única política do MS [Ministério da Saúde] que mantém atuação, discurso e formulação teórica sobre o Apoio Institucional desde 2003 até os dias atuais." (PEREIRA, 2013, p. 74).

Nas narrativas dos apoiadores, encontramos diversos posicionamentos sobre como exercer essa função. Nosso interesse, mais que formular uma resposta simplista para a questão colocada pela PNH e explicitada acima, é acompanhar e trazer os indicativos de que há trabalhadores do e pelo SUS, que se intitulam apoiadores, e que entendem o seu fazer tal como nos conta a narrativa<sup>19</sup> abaixo:

*Ser apoiador é sempre estar aprendendo algo novo, porque o apoiador não é 'o cara' mas aquele que estimula a inclusão, a grupalidade, o estar com...*

---

<sup>19</sup> Em todo o capítulo usaremos a perspectiva dos muitos apoiadores. Manteremos o anonimato dos sujeitos ao citar as conversas informais, rodas que participamos, diálogos com consultores do Ministério da Saúde e a leitura das narrativas/documentos finais. As falas dos apoiadores virão recuadas, em itálico ou entre aspas como forma de destacar a perspectiva dos muitos outros que compõem o texto e estão entrelaçados aqui.

*só não posso ter medo de tentar, nem de errar! Se errar, faço novamente de forma diferente, peço desculpas, peço ajuda, transformo...* (grifo da apoiadora).

É neste aprender-fazendo em um trabalho que implica ousar, pedir ajuda, errar, se retratar, apostar na inclusão e na construção de espaços coletivos, que o HumanizaSUS, assim como os seus apoiadores, têm se produzido ao longo de um pouco mais de uma década.

O apoio é considerado um dispositivo e o método da PNH, um modo de operar no cotidiano do SUS, que implica o afirmar como algo que não é dado por natureza, não é *a priori*, mas produzido na relação entre pessoas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos. Sendo assim, apoiar um grupo tem como meta operar entre os processos de trabalho que compõem o dia a dia do serviço, fazendo agenciamentos diversos, colocando em análise os modos verticais de fazer saúde para a criação coletiva de enfrentamentos. (MORI; OLIVEIRA, 2009; PASCHE, 2009; PASSOS et al., 2014).

Apoiador e grupo "co-emergem em ato no encontro" (OLIVEIRA, 2009) e vão construindo, a partir de uma dada realidade e dos desafios locais, espaços para compartilhar os necessários estranhamentos que possam produzir inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir em saúde. Essa é uma aposta no exercício cotidiano da democracia, na criação de sujeitos e não de assujeitamentos<sup>20</sup>, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum.

## 2.2- UMA DÉCADA EM TRÊS MOMENTOS

A travessia do HumanizaSUS foi sintetizado em três momentos por Passos<sup>21</sup> (2012) e servem como balizas e parapeitos para o que já começamos a delinear aqui. Passos conta que, após a organização das apostas e propostas da PNH,

<sup>20</sup> Branco refere-se a expressão *assujeitamento* em consonância com a ideia de Foucault sobre os modos de controlar a subjetividade pela constituição da individualidade, pela "[...] construção de uma subjetividade dobrada sobre si e cindida dos outros." (BRANCO, 2000, p. 326). E ainda, Passetti destaca as "[...] intermináveis capturas de nós mesmos e auto-censura, fazendo cada um súdito de si, do outro e do que inibe o auto-governo." (PASSETTI, 2004, p. 158). Sobre os modos assujeitados de estar no mundo, vide Foucault (2002).

<sup>21</sup> Anotações pessoais da exposição de Eduardo Passos, no Seminário "PNH nas universidades: humanização da saúde nos cursos de graduação", realizado no 10º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em Porto Alegre - RS, em 15 de novembro de 2012.

inicialmente foi necessário divulgar e apresentar a Política aos gestores e instâncias do SUS, sensibilizando os importantes atores. Além disso, os consultores tomaram como desafio fazer a PNH chegar, de um outro jeito, aos diversos pontos da rede SUS. Enquanto as demais políticas usualmente são ofertas da gestão federal, de forma vertical e com indução financeira, a PNH buscava infiltrar-se no cotidiano da rede SUS.

Depois, ao contagiar novos atores, percebeu-se a necessidade de ampliar o grupo de apoiadores nos territórios para garantir a continuidade e a intensidade das ações. A formação de trabalhadores do SUS para exercerem a função apoio institucional, através de um curso de formação de apoiadores para o HumanizaSUS, marcou esse segundo momento. Na época os investimentos almejavam formar apoiadores que pudessem agregar forças em prol das necessárias mudanças na atenção e na gestão, já que os consultores eram poucos frente aos serviços e municípios interessados e, inclusive, para o tamanho da tarefa colocada pela Política. O apoio, ao longo do percurso da PNH, ganhou força pelas vias da formação e das experimentações país a fora.

No terceiro e atual momento da Política, há a constatação de que é imprescindível transformar os modos hegemônicos de formar os futuros profissionais de saúde. Algumas estratégias estão em andamento para incluir a PNH nas instituições de ensino superior, eventos científicos, publicações e pesquisas em saúde. A meta é infiltrá-la nos campos de saber para produzir conhecimentos, práticas, assim como outros modos de trabalhar em saúde, que estejam alinhados com os princípios do SUS e com o compromisso na construção do direito à saúde de qualidade.

A partir desse exercício de síntese realizado por Passos, continuaremos acrescentando outros olhares, narrativas, fatos, disputas, momentos e eventos que marcaram a PNH e os seus apoiadores, indicando-nos os acontecimentos no SUS. Aqui os fragmentos se acrescentam e formam juntos um grande mosaico, cujas peças e pessoas compõem o HumanizaSUS como partes que mantêm aquecido um movimento no e pelo SUS.

### 2.3- HUMANIZASUS: COMO FAZER?

A história que nos interessa não é única, linear e previsível, tampouco é a busca por alguma suposta origem ou essência. As atenções estão voltadas para a história como um constante jogo de forças, como luta, e sendo assim, o acaso tem papel fundamental.

Tal como na expressão "um acontecimento nos sobrevoa" (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 36), existe algo composto tanto pela necessidade, quanto pelas efetivas mudanças nas práticas em saúde, e ainda, os indícios de uma outra relação com o que é público; algo que chama a nossa atenção, como já mencionamos, "[...] a estranheza do que não poderia ser comum." (BLANCHOT, 2005). Há um alinhamento ético que aproximou inúmeros sujeitos. Sujeitos com os quais dialogamos aqui e nos encontramos nos trabalhos no SUS e na PNH, que estranham aspectos considerados corriqueiros nas práticas em saúde, até num país como o nosso. Estes compartilham a saúde como uma das muitas dimensões da cidadania e trabalham pela produção de democracias, na construção de novos patamares para a saúde como direito e, inclusive, por outras saúdes.

Ao olharmos para trás, percebemos que a temática humanização deixou um rastro no Ministério da Saúde em relação à tentativa de imprimir mudanças como no parto, no nascimento, nas relações desrespeitosas e já naturalizadas nos hospitais, dentre outras ações. Desde o final da década de 1990, uma série de iniciativas foi realizada para incluir efetivamente a humanização nos debates e ações da gestão federal<sup>22</sup>. Mas somente no ano de 2003, esta preocupação deixou de ser uma questão pontual e ascendeu à condição de uma das políticas do SUS.

O HumanizaSUS promoveu um movimento no Ministério da Saúde, uma vez que não é uma evolução ou mera diferença semântica do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)<sup>23</sup>. A PNH diferenciou-se do

---

<sup>22</sup> Já realizamos uma síntese dos antecedentes da humanização na saúde enquanto preocupação do Estado brasileiro até a sua ascensão como política do SUS em trabalho anterior (MARTINS, 2010). Destacamos a sistematização das portarias ministeriais que contemplam o termo humanização, no período de 1998 até 2008, realizada por Olga Matoso (2010).

<sup>23</sup> Em virtude da desvalorização dos aspectos sociais e subjetivos na assistência hospitalar e das muitas dificuldades resultantes disso, a gestão federal convidou profissionais da Saúde Mental para promover ações que visavam humanizar dez hospitais-pilotos em diferentes regiões do país, o que resultou posteriormente na elaboração do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, em 1999.

anterior PNHAH, que buscava a qualidade e a eficiência na assistência, ao colocar a ênfase na capacidade de invenção das pessoas em seu cotidiano.

Desse modo, a PNH fez uma inflexão no interior das demais políticas de saúde, visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre a atenção e a gestão. E, assim, produziu desvios nos modos tradicionais de fazer políticas, nos programas verticais e uniformes da gestão federal que ainda hoje determinam as ações em todos os cantos do país.

Estamos cientes de que "[...] não há desvio que valha de uma vez por todas" (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 116), mas esta inflexão ao longo de uma década configurou um cenário composto por muitos sujeitos, parcerias e produções. As várias gestões da Política HumanizaSUS criaram, a partir do Ministério da Saúde, as estratégias para produzir movimentos no interior da máquina e também nos diversos pontos da rede, na busca por contribuir para a efetivação dos princípios constitucionais.

Um dos muitos impasses encontrados foi com o termo humanização. Embora polissêmico, polêmico, com um lastro no SUS e no campo da Saúde Coletiva, a humanização proposta e defendida pela PNH compreende que não há um universal humano, mas se refere à "[...] tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade." (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 571).

O termo já estava marcado pelo viés da bondade, do favor e da tutela. O desafio foi fazer com que a humanização pudesse gaguejar, como nos propõe Deleuze (1997). Inventar outros usos e sentidos, criar novos problemas e produzir conexões inusitadas para que a humanização comportasse as mais de "[...] mil lutas travadas cotidianamente pelos usuários e trabalhadores do SUS." (BENEVIDES, 2013).

Ao fazer a humanização gaguejar, um acontecimento se produziu, e ocorreu

[...] uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada mascarada. (FOUCAULT, 2007, p. 28).

Neste jogo de forças, os discursos homogeneizantes e idealizados do humano, assim como do Estado marcado pelo favor, tutela e mecanismos de

controle, enfraquecem-se. Em 2003 - 2004, um novo momento político permitiu uma brecha e um grupo, "os *infiltrados*", apostou que havia outros modos de fazer política de saúde. Estas dimensões, de forma concomitante, passam a compor a gestão federal ao disputar sentidos, contagiar atores, brigar por financiamento, espaços político-institucionais e acadêmicos.

Nas muitas rodas de conversa de que participamos e nas narrativas<sup>24</sup> dos apoiadores, o termo humanização era compreendido como nos conta uma apoiadora: "[...] eu achava que para humanizar o SUS seria necessário passar a mão na cabeça dos usuários.". Muitos trabalhadores destacam, com surpresa, que não sabiam da dimensão das mudanças propostas pela PNH: "[...] lembro-me de ter conversado com uma colega [...] disse a ela que quem é humanizado é e pronto e eu tenho muito serviço para arrumar mais uma atividade.".

A inflexão produzida pelo HumanizaSUS é destacada de forma recorrente pelos apoiadores nas narrativas/documentos finais, como ressaltamos a seguir:

*[...] havia participado de algumas palestras com o tema humanização. Rapidamente percebi o quão amplo era o assunto e que pouco sabia sobre os conceitos discutidos pelos apoiadores institucionais da PNH. Os conceitos que achava que tinha na maioria eram equivocados.*

Mais um trabalhador comenta suas primeiras impressões: "[...] duvidei que encontrasse muitas novidades, no entanto a cada novo encontro percebia que a construção de um modelo de saúde transcende a boa intenção e a boa prática no que refere à tecnicidade da coisa.".

Trabalhadores do e pelo SUS, os já apoiadores ou futuros apoiadores, nos contam que um incômodo vai ganhando força nas rodas de conversa. Quando há abertura aos encontros, temos a produção de um outro modo de olhar para o cotidiano:

*[...] sentia dificuldade de entender como, por que e para que 'humanizar o humano'? Mas no decorrer das atividades vamos percebendo que se trata de 'humanizar as relações de trabalho' e que tudo o que se discute não é abstrato, mas exatamente o que fazemos no nosso cotidiano e aí fica melhor e mais cativante. [...] nos motiva, nos enriquece e nos proporciona conversar sobre **o que** e **como** fazemos no dia-a-dia, o que nos dá uma vontade muitas vezes exagerada, de recomeçar e reconstruir. (grifo do apoiador).*

---

<sup>24</sup> Usaremos os termos narrativa e documento final como sinônimos para o material entregue pelos apoiadores no encerramento dos cursos de formação da PNH.

A humanização para PNH se afirma no concreto, no cotidiano das relações de cuidado e de gestão. Mais que um conjunto de propostas ideais, universais e abstratas, a meta é a produção de uma

[...] prática contra-hegemônica que aos processos de sucateamento da vida, de recusa aos processos de precarização do trabalho, de enfrentamento às práticas de tutela de trabalhadores e usuários, afirmando o direito a uma vida que difere e fabrica um comum. (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 495).

Destacamos que essa tarefa de construir enfrentamentos aos processos de sucateamento em prol de fabricar o que potencializa a vida, exatamente onde ela difere, nunca estará completa. Implica estranhar o que nos é comum e, exatamente o que não deveria sê-lo (BLANCHOT, 2005), ou seja, se indignar e lutar pelos princípios do SUS e por outras saúdes. Tratamos aqui da humanização de singularidades e coletivos, de sujeitos em sua diversidade normativa, que constroem e usam a ampla rede de serviços do SUS, e ainda, de contextos heterogêneos e desiguais que formam um país continental como o nosso. O humano e a saúde que nos interessam são dimensões em constante mutação e que escapam, a todo momento, de definições simplificadoras.

Constituir um ponto de ancoragem na máquina Ministério da Saúde foi necessário para, de forma estratégica, formar um grupo de consultores territoriais cujo objetivo era capilarizar a Política nos serviços de saúde e nas secretarias estaduais e municipais. Os primeiros formuladores e gestores da Política, cientes dos desafios de produzir uma experiência coletiva e na tentativa de resistir às capturas inerentes à institucionalização, buscaram produzir ações não centradas na gestão federal.

A proposta em gestação alinhava-se menos com burocracias, verticalidades e modos já cristalizados de funcionamento das políticas na máquina estatal, e mais com grupos, movimentos e experiências coletivas, como os

[...] comitês cogestores, instâncias participativas ampliadas, zonas de intercessão onde os diferentes atores de construção da saúde estavam presentes, redes virtuais, porém reais em sua capacidade de mobilização, em sua vocalidade de contestação e de aglutinação. (BENEVIDES, 2013).

Assim o HumanizaSUS vai se delineando como uma aposta que necessita de vários sujeitos para sua concretização e almeja se localizar entre as demais políticas

e serviços da rede SUS. A PNH precisa ainda ser atualizada, ou seja, constituir-se como uma prática que pertence a um plano comum para manutenção de sua força instituinte.

A Política reuniu sujeitos implicados com o SUS, com a Saúde Coletiva e com a produção de subjetividades. Alguns da academia e outros da atenção e da gestão, com experiências inovadoras e avanços concretos na efetivação da saúde pública, compuseram os primeiros consultores da PNH no Ministério da Saúde. Ao longo de uma década, inúmeras foram as configurações desse grupo de consultores intitulado Coletivo Nacional, que dentre as suas muitas tarefas, "[...] está obrigado a se coproduzir sempre, sempre..." (CAMPOS, 2000, p. 154).

Os coletivos na e da PNH são inúmeros. Até o momento, já citamos alguns e vamos nomeá-los a partir de então. O Coletivo Ampliado de Apoiadores são todos e quaisquer uns que se posicionem eticamente alinhados à PNH. Já o Coletivo Nacional é a grande reunião da Política que agrega os consultores territoriais, os membros do Núcleo Técnico e a coordenação nacional. Os consultores territoriais estão organizados através dos Coletivos Regionais e cada regional tem uma coordenação. Os coordenadores regionais formam, juntamente com a coordenação nacional e representantes de frentes de trabalho, o Colegiado Gestor.

Destacamos que "[...] uma política do coletivo não é uma política de soluções duradouras dos problemas, mas uma experiência coletiva permanente de problematizações, identificações de perigos e escolhas ético-políticas." (ESCÓSSIA, 2009, p. 693). Assim, um coletivo carrega consigo a força para detectar e criar novidades, embora conviva com o risco da sobreimplicação e da manutenção de equívocos.

Deste modo, a discussão pela humanização congregava o já sabido sobre o SUS, ou seja, a necessidade de enfrentar os desafios na produção de um cuidado de qualidade. Os enfrentamentos eram e ainda são muitos, como a descrença na possibilidade de mudança sintetizada por um trabalhador: "*[...] não vamos conseguir mudar nada, tudo isso é muito utópico.*".

Somamos outro comentário de uma apoiadora:

*[...] a rotina do trabalho e as deficiências da secretaria com relação à recursos humanos e materiais, aliados a uma gestão totalmente ultrapassada e burocrática, me deixou totalmente desmotivada ao ponto de ficar acomodada na minha função e somente fazer as minhas atribuições, nada além disso.*

Num cotidiano repleto de sujeitos cansados e resignados, o apoiador explica que ele e os colegas estavam

*[...] acostumados com organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, que valorizam a produção de procedimentos e atividades e esquecem de analisar os resultados e os efeitos para os profissionais. Estes, na maioria das vezes muito atarefados, também não avaliam seus processos de trabalho e nem interferem para mudá-los. Torna-se mais fácil transferir o problema para o outro do que assumir a responsabilidade por sua resolução.*

Os entraves e os desafios do SUS foram tomados como ponto de partida para a PNH, que buscou reescrever as experiências, enfatizando a sua potência de reinventar a clínica, a gestão e os modos tradicionais de trabalhar e de fazer política de saúde. Assim, o tom de benevolência, de festividade e de 'perfumaria', que marcava a temática até então, foi substituído - ao menos na perspectiva dos documentos oficiais e nos posicionamentos de muitos apoiadores - pela radicalidade de um convite para que os envolvidos se atrevessem a repensar os processos de trabalho, transformando-os de forma a garantir direitos e dignidade aos usuários e trabalhadores.

Um apoiador conta que

*[...] nem sempre se necessita de grandes manobras, grandes investimentos (claro que em algumas situações faz-se necessário), eu aprendi que não é preciso esperar ou buscar grandes soluções, soluções mágicas, mas acima de tudo buscar parceiros coparcerias, diálogo, dividir problemas e soluções.*

A Política convida os sujeitos, principalmente o seu sempre transitório grupo de apoiadores, a experimentar a cogestão como método e dispositivo<sup>25</sup> para produzir novos modos de gerir e cuidar. Uma Política do 'como', 'como fazer', interessada no diálogo, na produção de parcerias para mudar as práticas e os sujeitos que compõem o SUS. Talvez esta fosse uma meta singela se não estivéssemos em um país com uma longa história de autoritarismo do Estado. Há sempre uma dúvida,

---

<sup>25</sup> Um dispositivo é uma rede com função estratégica formada por "[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas." (FOUCAULT, 2007, p. 244). Um dispositivo compreende um conjunto de linhas de diferentes naturezas que configuram uma máquina de fazer ver e falar (linhas de visibilidade e enunciação) articulada com as dimensões de poder e criação (linhas de força e de subjetivação) (DELEUZE, 2005).

como uma pulga atrás da orelha: "[...] *será que isso pode mesmo ser dito aqui junto com o chefe?*".

As rodas de conversa, seja internamente no Ministério da Saúde, seja nos demais pontos da rede SUS, são dispositivos para exercitar a lateralidade, promover a grupalidade e ampliar a capacidade de análise e intervenção dos participantes. O método da tríplice inclusão, ou seja, incluir novos sujeitos, coletivos e conflitos, é experimentado e atualiza-se a cada novo encontro.

Os exercícios de democracia institucional a partir da organização interna e externa são os momentos de "cogestão em ato" (MORI; OLIVEIRA, 2009), tomados como um dos grandes desafios na e para a PNH. Embora os arranjos citados e os que virão a seguir produzam alterações nos modos de trabalhar e se relacionar, "[...] não garantiram a inexistência de conflitos, já que a PNH é também constituída por humanos, e não supra-humanos." (idem, p. 635).

Um apoiador enfatiza que:

*[...] toda mudança que permeia as relações de poder e interesses coletivos em detrimento do pessoal, gera resistência e muitas vezes conflitos, que terão melhores soluções quando temos pessoas dispostas a não desistir.*

Tratamos assim de uma aposta política que foi se firmando na construção de uma estratégia potente na tentativa de manter viva a luta pela saúde, como direito de cidadania em consonância com a ousadia dos movimentos reformistas brasileiros. Os apoiadores compreendem que este é um movimento coletivo: "[...] *precisamos nos unir e agregar cada dia mais sujeitos para que de fato a PNH seja uma realidade em nosso cotidiano.*".

As narrativas acima sinalizam que os trabalhadores do SUS, ao se alinharem com a PNH, percebem-se como sujeitos capazes de mobilização e intervenção, construindo modos singulares de estar juntos. Em meio aos inúmeros desafios de fazer saúde pública de qualidade em um país como o nosso, há um movimento de resistência que enxerga tanto as reais fragilidades do SUS, quanto as brechas para produção de mudanças. São os devires minoritários que nos indicam outras "[...] tantas maneiras de inventar, de 'maquinar' novas sensibilidades, novas inteligências da existência, uma nova doçura." (GUATTARI, 1981, p. 139).

## 2.4- UMA POLÍTICA SEM NORMATIVA

Desde a sua criação, o HumanizaSUS se mantém sem normativa, com o intuito de ser transversal, de estar presente no interior das demais políticas de saúde, e também enfatizando que os processos de mudança na atenção e na gestão são determinados pelas características de cada realidade, não podendo ser generalizáveis. Embora essa tarefa tenha sido compreendida e atualizada pelos consultores que vieram após os primeiros formuladores, este é um dos aspectos em que não há consenso entre os muitos apoiadores da Política.

O HumanizaSUS, nas palavras de Campos, propôs uma ampliação da agenda da saúde "[...] para desespero dos tecnocratas sanitários, que preferem estratégias objetivas: portarias, regulação, indução financeira, coisa de gente 'séria'." (CAMPOS, 2007, p. 11).

Os formuladores da PNH ousaram não amarrá-la em demasia à gestão federal. Recusaram os modos hegemônicos de funcionamento das demais políticas de saúde e cientes dos riscos, almejavam uma

[...] política que garantisse mais seu caráter experiencial do que se viabilizasse por prescrições e procedimentos. Logo dissemos: não queremos portaria que garanta a institucionalidade da política. Seu garante dar-se-ia pelas alianças, pelas tensas negociações de interesses, desejos, projetos, necessidades. Seu garante dar-se-ia num inevitável e permanente processo de construção. (BENEVIDES, 2013).

Quando trabalhávamos no Núcleo Técnico, por diversas vezes, houve a necessidade de comprovar a existência formal da PNH. A Coordenação Nacional orientou-nos a citar a apresentação da Política na 114ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizada em abril de 2004, e também o seu lançamento oficial no XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, em Natal, em março de 2003. Desconhecemos a existência de outra política no Ministério da Saúde que tenha sido criada e é mantida sem portaria<sup>26</sup>.

A posição da Coordenação Nacional e do Coletivo Nacional, ao longo dos anos, é de defesa do caráter instituinte necessário para produzir mudanças. A proposta da PNH não se realiza por decreto, por ações verticais ou modos

<sup>26</sup> Consultamos vários técnicos do Ministério da Saúde com vasta experiência na gestão federal, aos quais agradecemos aqui pelos retornos.

autoritários de reorganizar as práticas em saúde. Se assim fosse, bastava respeitar os princípios do SUS definidos na Constituição Federal de 1988. Aqui o desafio está na dimensão micropolítica: tecer movimentos coletivos que se fortalecem e se arriscam a desnaturalizar o atual estado de coisas, ou seja, o complexo cenário da saúde pública brasileira.

Já muitos apoiadores da PNH, quando ocupam funções estratégicas em secretarias estaduais, municipais e nos serviços, reiteram a dificuldade de gerir uma Política sem recursos financeiros, sem normativas e demais seguranças institucionais (pactuação, metas, fiscalização, prestação de contas, dentre outros). Trata-se de uma discussão frequente nos espaços de encontros entre o Ministério e os Coletivos Ampliados da PNH, ou seja, grupo formado pelos muitos sujeitos espalhados pelo país, sendo em sua maioria trabalhadores e gestores.

Não desconsideramos os desafios inerentes ao trabalho de efetivar uma Política que se coloca na contramão das demais e que parte da necessidade de superar os modos hegemônicos para reinventar a clínica e a gestão. Mas enfatizamos que estivemos, de 2004 a início de 2008, na gestão de um hospital geral com a meta de implementá-la. Nesses anos, permanecemos imersas no *lócus* da racionalidade biomédica, cujo funcionamento é, de forma estratégica, fragmentado, verticalizado e hierarquizado, que reduz os cuidados a um corpo biológico e, ainda, o trabalhador a uma mera peça para o funcionamento dessa engrenagem. Conhecemos os desafios e compreendemos esse pedido por garantias institucionais.

Quando começamos a fomentar a PNH no hospital em 2004, dispúnhamos somente de um documento oficial (BRASIL, 2004). Os demais foram publicados e chegaram até nós de forma gradativa. Éramos os primeiros na cidade e na região sul de Mato Grosso do Sul. Contávamos com as esporádicas conversas por telefone com os consultores do Ministério da Saúde e com as experiências anteriores dos profissionais envolvidos.

Enfatizamos que, embora sem uma portaria que a regulamente, a PNH promove, a seu modo, pactuações seja nas relações de apoio, seja quando os trabalhadores passam a se utilizar das diretrizes e dos dispositivos. Assim, a Política propõe inclusive momentos de planejamento, com a definição de metas e de estratégias para o acompanhamento e o monitoramento das ações.

Parece-nos que aqui há alguns indícios desta delicadeza, uma vez que a PNH tem como meta e método ampliar os acordos de civilidade pelo compromisso coletivo com a saúde e com a democracia, e que não podem ser reduzidos a formas jurídicas e legais. A cogestão almejada e a suposta fiscalização deixam de ser prescrições verticais e passam a compor alinhamentos horizontais do cotidiano do trabalho. Assim, trabalhadores, ao se (re)apropriarem de seu fazer, passam a compreender que o planejamento, o monitoramento e a avaliação constituem etapas de suas próprias ações. Nesta perspectiva, são atividades coletivas e formativas e não mais punitivas. (SANTOS FILHO, 2009).

Na gestão federal, as ações de planejamento, monitoramento e avaliação (PM&A) constituíam uma das frentes de trabalho da PNH. Alguns consultores, através do matriciamento, tinham a tarefa de orientação e auxílio aos demais. O PM&A era requisitado nas atividades internas e nas relações com os estados e os municípios. Mas a grande maioria dos apoiadores considerava a proposta e as matrizes do PM&A como inacessíveis, sendo uma discussão para poucos.

O encurtamento da distância entre as dimensões pensar - planejar - executar - avaliar promove a desestabilização dos lugares previamente ocupados, sendo uma inflexão que merece ser fomentada e cuidada. Apostar na indissociabilidade da produção de saúde e sujeitos, um dos princípios da Política que ganham concretude nas discussões e nas atividades do PM&A, coloca o trabalhador da atenção e também da gestão frente ao que faz, o que gostaria de ter feito e com a tarefa árdua, e também inconclusa, de produzir um cotidiano melhor para si mesmo e para os demais.

Num dia a dia ainda marcado pelo ditado popular "*manda quem pode e obedece quem tem juízo*", os trabalhadores esperam pela atribuição vertical das tarefas a serem executadas, assim como os usuários aguardam subservientes por prescrições de como devem orientar suas vidas. Gestores, comumente solitários e autoritários, conduzem o grupo tal como um pastor e o seu rebanho a caminho da verdade. A obediência<sup>27</sup> é um forte traço desde a relação interfederativa até os

---

<sup>27</sup> Para Foucault a obediência é o atributo central do poder pastoral, que tornou rotineiro renunciar à vontade própria e submeter-se a alguém. O poder pastoral é uma racionalidade marcada pela verdade, salvação e obediência. O pastor deve conduzir o rebanho ao caminho da verdade, assegurar a salvação de todos e de cada um, e sacrificar-se por cada membro para conquistar a própria salvação. Através do exame de consciência, o pastor sabe o que cada um pensa e sente, conhece os segredos mais íntimos de seus membros, uma vez que os pecados de seu rebanho são

relacionamentos entre os atores no cotidiano dos serviços. É mais um indicativo dos desafios propostos a partir da PNH.

Além dos aspectos acima, sinalizamos que o modo hegemônico de fazer política de saúde é comumente compreendido como o único. Parece-nos que na ausência de uma legislação, nada se pode fazer, e também, como se as normativas tivessem a força necessária para mudar as práticas e os rumos do SUS. Os recorrentes pedidos ao Ministério da Saúde para melhorar as amarras institucionais indicam que, passados dez anos de experimentações singulares, outros desafios se atualizam. Destacamos então alguns destes momentos emblemáticos.

Durante o 2º Seminário Nacional da PNH intitulado "Trocando experiências, Aprimorando o SUS", em 2009, a Política alcançava uma de suas metas e fez a primeira reunião entre a Coordenação Nacional e as pessoas de referência para a humanização das secretarias de saúde das capitais e dos estados da federação. Além de conhecer estes importantes parceiros e escutar os desafios enfrentados, houve previsão de um encontro no ano seguinte.

Ressaltamos que a PNH se surpreendeu ao constatar que a organização de secretarias estaduais e municipais ocorreu sem nenhuma orientação formal da gestão federal. Em muitos lugares havia pessoas ou equipes responsáveis pelas ações de humanização e em outros, a Política estava no organograma.

Em 2010, a PNH realizou o 1º e o 2º Encontro com Coordenações e Representações de humanização das SES e SMS (capitais). Os eventos reuniram cerca de sessenta profissionais estratégicos, em cada encontro, para discutir os desafios enfrentados nas Secretarias, no exercício da função de apoio e na criação de estratégias para garantir a sustentabilidade da PNH, mesmo com mudanças que estavam por vir na gestão local e nacional resultantes do processo eleitoral. (PENA, 2010).

Os pedidos ao Ministério da Saúde por garantias institucionais em decorrência das possíveis alterações no cenário político-partidário e na gestão do SUS, ambos ainda pouco comprometidos com o HumanizaSUS, foram marcantes. A Política acolheu este pedido, ressignificando-o, e, em comum acordo com os participantes, produziu um documento intitulado "Carta aberta da Coordenação Nacional e representantes da SES e SMS aos gestores do SUS e equipes de

---

imputados ao pastor, obtendo, assim, a obediência e a gratidão de seu rebanho pelo sacrifício (FOUCAULT, 2008, 2008b).

transição" para subsidiar as discussões e as repactuações com os governos, que foram iniciadas em janeiro de 2011.

Na Carta aberta, a PNH explicita a sua posição:

[...] a não determinação de uma forma modelar e única para a experimentação da humanização nas três esferas de governo. Isso respeita, de um lado, a tradição e cultura de organização e história de cada ente federado e, de outro lado, que a humanização não pode corresponder nem ser determinada por uma ação protocolar e hierarquizada, requerendo, ao contrário, a constituição de processos orgânicos e capilares de experimentação de mudanças. (BRASIL, 2010h).

Embora esses dois encontros de 2010 tenham ocorrido com a participação do Colegiado Gestor e com consultores do Núcleo Técnico, havia discordâncias sobre a instauração e a manutenção do espaço. Na compreensão do Coletivo Nacional, a necessidade de dialogar com esses gestores ou pessoas de referência era fundamental para ampliar a compreensão do funcionamento da PNH nos territórios estaduais e municipais, no que dizia respeito à articulação com as demais políticas do SUS. Entretanto, alguns consultores criticavam o equívoco do Ministério da Saúde em reconhecer e legitimar pessoas como referências para a humanização, reafirmando um lugar no organograma ou tarefa específica de alguém. Além disso, o pedido, que se torna recorrente nos encontros seguintes e também na relação dos consultores com os Coletivos Ampliados, pela formulação de uma portaria para regulamentar a PNH, foi ganhando novos parceiros.

Destacamos ainda que, na troca de gestão da PNH de 2010 para 2011, a nova coordenação propõe regulamentar o HumanizaSUS. O Colegiado Gestor, assim como o Coletivo Nacional, posicionou-se contrário à coordenação. Numa grande roda, os muitos apoiadores da Política reafirmam a sua força transformadora e a "[...] capacidade de entremear-se junto aos movimentos que buscam situar-se tanto dentro quanto fora do aparato estatal." (PENA, 2012, p. 79).

O HumanizaSUS almeja continuar na função de uma "política-dispositivo" (PASSOS et al., 2014) ao questionar desde as linhas verticais que separam formuladores de executores, quem manda e quem obedece, até as linhas de horizontalidade que agrupam sujeitos de forma corporativa e com baixa capacidade crítica entre os pares. A transversalidade, como mais um princípio dessa Política, visa desestabilizar as formas predefinidas na promoção de novos diálogos e de

trocas inusitadas, permanecendo aberta a discussão sobre quais lugares precisam ser ocupados.

No evento de comemoração dos dez anos da PNH, Regina Benevides, umas das formuladoras da Política, coloca instigantes questões aos apoiadores e parceiros:

Como avançar na sua institucionalidade sem que isto implique numa forte institucionalização? Como radicalizar seu caráter transversal criando mais espaços dialógicos e públicos do que procurando manter-se nas estruturas da máquina do Estado? (BENEVIDES, 2013).

Tratamos aqui de uma abertura produzida pela PNH - onde há sempre um risco e nenhuma garantia *a priori* - para a produção de uma outra institucionalidade no SUS, um convite para novos modos de exercitar a política. E, nas rodas de conversa, os mesmos apoiadores que reclamam da falta de portaria, de lugar no organograma e de financiamento específico passam a ocupar outro patamar, tal como a questão colocada a seguir: "[...] *somos pegos por nós mesmos nos queixando de que nada é feito para melhorar, mas será que temos que ficar esperando?*".

## **2.5- APOSTAS E PROPOSTAS: "A PNH É ANTROPOFÁGICA"**

Ouvimos de um colega consultor que a "*PNH é antropofágica*". Este comentário sintetiza, de forma bem-humorada, o que indicamos ao afirmar que os movimentos reformistas e o campo da Saúde Coletiva constituem os alicerces da PNH e, de forma concomitante, são alimentados por ela.

Várias foram as configurações da Política quando tomamos como norte os documentos oficiais. As cartilhas temáticas, os cadernos HumanizaSUS, o documento base, vídeos e demais materiais apresentam a PNH ao mesmo tempo que trazem um convite aos leitores para que o método, as diretrizes e os dispositivos da Política sejam utilizados no cotidiano de trabalho.

Ressaltamos que uma política como esta, que agrega as inovações produzidas em diversas experiências reformistas em saúde, não se produz sem

tensionamentos, e para se manter precisa construir muitas alianças. De forma estratégica, a Política responde

[...] ao interesse de importantes setores e formuladores do campo da Saúde Coletiva em disputar e afirmar terminados modos de se fazer e pensar saúde no país no interior de uma instituição [Ministério da Saúde] em que se faziam presentes distintos projetos e interesses que disputavam os sentidos das políticas e das estruturas que a sustentavam. (PENA, 2012, p. 79).

A PNH é criada no interstício do SUS que temos ao que almejamos, entre as demais políticas e práticas em saúde, com uma maleável amarração na gestão federal para movimentar o que já está cristalizado. Por um lado a Política não tem grandes novidades, porque reuniu experiências exitosas que compõem um "SUS que dá certo". Muitas dessas experiências já foram estudadas pelos pesquisadores da Saúde Coletiva. Por outro, a proposta do HumanizaSUS é exatamente reafirmar que são realizáveis. Há acúmulos concretos mesmo no complexo cenário, e uma rede é e pode ser tecida entre serviços, pessoas, ideias e sonhos tal como foi necessário para a inscrição do SUS na Constituição de 1988 e para manutenção da saúde como dimensão de cidadania.

O "SUS que dá certo" sinaliza um acontecimento que irrompe na linearidade dos fatos, em um tempo em que assistimos ao abandono da concepção de Estado do Bem Estar Social e à exaltação das inovações do mercado, um dos pilares do Estado Neoliberal. Construir uma memória das experiências inovadoras do e no SUS, diretriz da PNH, é uma estratégia para enfrentar e quiçá desmontar o discurso comum *"no serviço público é assim mesmo..."*. As apostas e propostas que compõem a PNH evidenciam que há sujeitos no SUS que tanto se alimentam, quanto atualizam os movimentos reformistas, ao insistirem em construir uma história melhor para si e para os demais.

Vamos sintetizar estas propostas e demarcar algumas das transformações na Política ao longo dos anos. Ressaltamos que as configurações teórico-metodológicas do HumanizaSUS foram concomitantes com as experimentações problematizadas neste texto. Trata-se de um movimento que ocorreu nos planos teóricos e práticos, que se faz indissociável nas dimensões clínicas, políticas, subjetivas, sociais e institucionais.

No 1º documento, o Documento Base, a humanização é delineada como "[...] a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde:

usuários, trabalhadores e gestores" (BRASIL, 2004, p. 08); propõe "[...] mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde" (idem, p. 15) na busca por efetivar o SUS.

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

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

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

Já na 4ª edição de 2008, houve uma nova configuração. A PNH está estabelecida a partir dos princípios (apresentados abaixo), do método (a tríplice inclusão, que abordaremos a seguir) e das diretrizes (orientações éticas que sinalizam os nortes que são também acúmulos bem-sucedidos produzidos na história do SUS, tais como: clínica ampliada, acolhimento, cogestão, direitos dos usuários, valorização do trabalho e do trabalhador, fomento das redes e construção da memória do "SUS que dá certo"). E, somam ainda os dispositivos, que são estratégias para colocar em funcionamento as diretrizes, os princípios e o método. Buscam iniciar ou fortalecer os processos coletivos de mudança, tais como o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, projeto terapêutico singular, contratos internos e externos de gestão, visita aberta, direito ao

acompanhante, projeto coggerido de ambiência, colegiado gestor, ouvidoria, dentre vários outros. (BRASIL, 2004, 2010d, 2010e, 2010f).

Além do Documento Base, as cartilhas temáticas merecem destaque, visto que indicam os possíveis caminhos pelos quais a humanização pode ser concretizada no cotidiano dos serviços de saúde e buscam contribuir para a qualificação do trabalhador e do gestor, tornando-os multiplicadores das "tecnologias de humanização" (BRASIL, 2004). As cartilhas foram lançadas de modo progressivo desde 2004. Num primeiro momento, estavam denominadas como: Gestão Participativa e Cogestão; Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Clínica Ampliada; Ambiência; Trabalho e Rede de Saúde - Valorização dos Trabalhadores da Saúde; Gestão e Formação no Processo de Trabalho; Grupo de Trabalho de Humanização e Visita Aberta e Direito ao Acompanhante.

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

Antes de comentar as diretrizes, destacamos as três dimensões inseparáveis que compõem o HumanizaSUS. A perspectiva ética é compreendida como o posicionamento dos diversos sujeitos comprometidos com a vida, com a cidadania e com o exercício de novas democracias. A estética prima pela criação, pela capacidade de sujeitos inventarem a si no mundo, produzindo outras saúdes e singulares jeitos de levar a vida. E por fim, a dimensão política enfatiza que este é um processo social, coletivo, público, das relações entre os sujeitos, do que nos é comum, do que envolve todos e qualquer um. Ética, estética e política são dimensões reafirmadas nos princípios, diretrizes e método da PNH, como veremos a seguir.

Os princípios de transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde são úteis para a nossa tarefa de compreender os movimentos dos apoiadores no SUS. No Glossário HumanizaSUS a autonomia está delimitada

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

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

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

A produção de saúde que nos interessa aqui não se restringe à mera prescrição de medicamentos, a restrições alimentares e a atividades físicas, ainda que sejam essenciais num determinado momento, e sim enfatiza a negociação constante dos modos de produzir a vida. A saúde estende-se ao vínculo e à corresponsabilização dos sujeitos pelos cuidados em que há o compartilhamento do saber e do poder, e o exercício na busca por alcançar graus maiores de autonomia entre os envolvidos.

A transversalidade, outro princípio da PNH, é um conceito difundido a partir de Guattari<sup>28</sup> (1981) que se opõe à verticalização e à horizontalidade, realizando-se na comunicação entre diversos níveis e, principalmente, diferentes sentidos. A transversalidade acontece ao possibilitar o aumento no "[...] grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção." (BARROS; PASSOS, 2005b, p. 39). E, assim, adotar a humanização como "[...] política transversal [do e no SUS e caracterizada como] uma construção coletiva [que implica] ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção de saúde." (idem).

A Política toma os próprios acúmulos produzidos pelos movimentos reformistas e as inovações da Saúde Coletiva como estratégias para superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS. Ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática do trabalhador, visa

---

<sup>28</sup> François Dosse (2010), na biografia cruzada de Deleuze e Guattari, atribui o conceito de transversalidade à Ginette Michaud, psicóloga da Clínica La Borde, que o inventa e o transmite ao Guattari.

então contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem conjuntamente saídas para os problemas do dia a dia.

São duas dimensões que compõem a PNH de modo indissociável. Uma dimensão está localizada no interior do Estado brasileiro, sendo uma política de governo com o objetivo de promover transformações na atenção e na gestão, e pactuada nas esferas federal, estadual e municipal, com experiências atreladas inclusive ao financiamento e às metas. E a outra dimensão prima pela relação entre as pessoas, por encontros que aumentem a potência coletiva de agir e pela invenção de novos modos de lidar, no cotidiano, com o adoecimento e a produção de saúde e cidadania.

O modo de fomentar as mudanças na atenção e na gestão e exercitar as propostas da PNH é pelo método da tríplice inclusão, cuja ênfase está na democracia institucional, na cogestão. A roda, mais que uma disposição espacial, busca o diálogo e a inclusão de sujeitos, de movimentos sociais e de conflitos inerentes a vida coletiva. Um apoiador relata que:

*Aprendi que temos que lidar com as diferenças, com os conflitos gerados por opiniões diferentes a respeito do mesmo assunto, por situações que levam a desconfortos pessoais, e que nos levam a refletir sobre nossos conceitos e nossas ações diante do que é 'diferente' (para nós); é isso que nos faz crescer.*

Construir e manter aquecidos os espaços de conversa e de negociação para a promoção de modos coletivos de trabalhar e de se relacionar em saúde configura-se tanto o caminho quanto a meta do HumanizaSUS. A partir do diálogo, uma apoiadora conta:

*[...] percebemos que os movimentos criados nas reuniões trouxeram muitos problemas à tona e que estes estão sendo resolvidos com mais maturidade, com a participação de mais pessoas e corresponsabilidades.*

As discussões da PNH ressaltam que o trabalho como atividade comporta o aspecto da gestão, independentemente do cargo e da função em que se encontra o profissional. A gestão, compreendida aqui como uma dimensão do trabalho em saúde que é indissociável do cuidado, já não mais se restringe ao modo gerencial

hegemônico marcado, de maneira hierarquizada, por aquele que é o responsável pelo serviço no exercício do poder. Os apoiadores compreendem que:

*Esta equipe não só cuida, também faz gestão. Gestão de seus espaços e ambiente de trabalho, das relações de trabalho, da organização do cuidado. À medida que estas equipes fortalecem sua capacidade de gestão, há uma horizontalização das relações de poder, e os membros da equipe poderão, progressivamente, prescindir da intermediação de terceiros para dialogar sobre a organização do cuidado.*

A Política é um convite para pensar e fazer gestão, não limitada a um local ou cargo, mas como uma produção coletiva, que requer um lugar e um tempo, um espaço de problematização, planejamento e avaliação das situações corriqueiras. Essa concepção de gestão toma o cotidiano como propício para aumentar o grau de autonomia das pessoas envolvidas através da apropriação de seu trabalho, de como e para que se faz. A gestão, portanto, é do serviço, do trabalho e das pessoas que nele estão, e não mera formalidade burocrática.

Outra apoiadora enfatiza que "[...] a PNH me trouxe um novo fôlego, um novo olhar para perceber a saúde, aliás, no modo de produzir saúde. Escutar experiências dos outros me fez ampliar o olhar para o modo como os processos de trabalho acontecem."

As diretrizes e o método da tríplice inclusão primam pela construção de uma rede de produção de sujeitos. Esta tarefa convoca os apoiadores na construção de uma rede de cuidados, na gestão do trabalho com foco na democracia institucional, no fortalecimento das instâncias do controle social, assim como no planejamento, na avaliação formativa e no monitoramento, aspectos realizados pelo conjunto de sujeitos envolvidos. E, por fim, a inclusão almeja colocar os atores – que ocupam posições sempre provisórias – no patamar de quem pode intervir para aumentar a dignidade da vida coletiva.

Visita aberta, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, projeto cogrido de ambiência, colegiado gestor, conselho local, dentre outros dispositivos já citados ao longo do texto, primam pela produção de movimentos que possam contagiar novos sujeitos e desnaturalizar práticas. Nas palavras de um apoiador: "[...] percebemos que os dispositivos do PNH são alternativas de gestão que não são 'inaugurados', e sim implantados com o compromisso de exercitá-los continuamente, pois nunca serão concluídos."

Por fim, os apoiadores da PNH, em coerência com o método da tríplice inclusão e com uma aposta em construção, utilizam outros dispositivos que não estão elencados no cardápio de ofertas do Ministério da Saúde. A atualização dos dispositivos da Política é mais um dos aspectos sinalizados pelo Coletivo Nacional, embora até o momento não tenha sido concretizado. Estes novos dispositivos servem, de forma estratégica, para produzir movimentos coletivos com repercussões nos modos de cuidar e gerir, com especial destaque ao fortalecimento da participação de trabalhadores e usuários, tais como: diagnóstico compartilhado (PINTO, 2009); fórum ou comitê perinatal (LANSKY, 2010); fórum da saúde mental; marcha pela humanização do parto e nascimento; a luta pelo parto domiciliar (GONÇALVEZ et al., 2014); ações de redução de danos pela cidadania de quem faz uso de drogas e/ou também de quem está em situação de rua (SOUZA, 2013); e as práticas integrativas e complementares (VILELA, 2010).

Voltamos ao comentário certo do apoiador "*a PNH é antropofágica*". Em 1928, o Manifesto Antropofágico, de Oswald de Andrade, integrado ao Movimento Modernista brasileiro, reinventou um ritual de algumas etnias indígenas que capturavam e devoravam seus oponentes. Os artistas, como antropofágicos, consumiam a arte européia e buscaram romper com a dependência cultural brasileira ao afirmar que a produção tupiniquim estava no mesmo patamar do que vinha dos países industrializados. Os modernistas questionavam as prévias definições do que era considerado como erudito, popular, arcaico, moderno, nosso, deles, rural, urbano, tecnológico, dentre tantos outros aspectos.

Permitimos aqui um paralelo. Assistimos, a partir de uma certa história da PNH e do SUS, um movimento de (re)valorização da produção nacional. Dentre tantos desafios, desde a criação do Sistema e no vasto campo da Saúde Coletiva, há produções genuinamente brasileiras<sup>29</sup>, acúmulos suficientes que poderiam transformar o atual cenário ainda marcado por adoecimento e por mortes injustas e evitáveis. Entretanto, seus atores sabem que os desafios são políticos e não técnicos, e que se faz necessário indagar as atuais definições de cidadania, mercado, política, trabalho, gestão, cuidado, público e privado. Quiçá os movimentos reformistas em saúde continuem produzindo - mesmo a contrapelo - experiências,

---

<sup>29</sup> Fazemos referência a afirmação de Canesqui (1995) bastante difundida entre pesquisadores, militantes e pensadores do campo, que a saúde coletiva é uma produção genuinamente brasileira.

políticas e atores que se coloquem com a mesma radicalidade que os nossos artistas modernistas.

O Manifesto Antropofágico e o HumanizaSUS são provocações e fazem com que tomamos uma posição "contra todos os importadores de consciência enlatada. A existência palpável da vida", sendo a "alegria é a prova dos nove" (ANDRADE, 1928). Com estes três versos do Manifesto, destacamos que a potência da PNH faz os sujeitos que trabalham no e pelo SUS colocarem-se na contramão da servidão, da tristeza, da medicalização da vida e das inúmeras formas de assujeitamentos. Nesta outra perspectiva, a alegria não é a festividade gratuita, paliativa e conformista que nos mantêm anestesiados. A alegria é a força ativa, potência que faz a vida diferir, quando as fronteiras entre a vida e a arte desaparecem.

## **2.6- A PRODUÇÃO DE MOVIMENTO E CONTÁGIO**

É com o posicionamento marcante de um apoiador que iniciamos outra dimensão cara para nós, a partir dos encontros na e da PNH: "*[o HumanizaSUS] mostrou que as mudanças que sempre esperávamos acontecer de alguma instância superior podem ser realizadas por nós mesmos.*".

Em nossa experiência encontramos inúmeros sujeitos implicados na construção de um "SUS que dá certo". Sujeitos que cansaram de esperar por inovações tecnológicas que transformarão o Sistema, por definições milagrosas vindas do centro do poder, por melhoras no financiamento, nas condições de trabalho, dentre tantos outros aspectos.

A força de contágio da PNH, ao longo de uma década de existência, chama-nos a atenção. A Política tanto produz, quanto se conecta aos movimentos de mudança, contagiando atores e ampliando concepções e práticas no SUS. O movimento no e pelo SUS, no qual a PNH está incluída, pode ser sintetizado através da capacidade de mobilizar sujeitos com afinidades éticas, de produzir conexão e agenciamentos em prol das transformações necessárias para fortalecer outros modos de cuidar. As afinidades éticas, o alinhamento com as lutas por cidadania e direitos humanos, formam uma "[...] comunidade, eternamente provisória e já desertada." (BLANCHOT, 2005).

Em nossa experiência, assim como nas narrativas dos apoiadores, ora as temáticas agregavam os sujeitos, ora os arranjos permitiam a proximidade. Ao reunir sujeitos para o trabalho coletivo e produzir grupalidade, o HumanizaSUS aquece e coloca novas questões ao movimento sanitário, trazendo indicativos de novas sensibilidades.

Os indícios da força da PNH em produzir movimentos e contagiar sujeitos são percebidos, por exemplo, na apropriação do método, diretrizes e dispositivos do HumanizaSUS pelas políticas e ações da gestão federal<sup>30</sup>. Muitas foram as marcas deixadas pelo HumanizaSUS na formulação das demais políticas com o passar dos anos. Entretanto, o reconhecimento é, ao mesmo tempo, motivo de orgulho e de apreensão. Embora várias normativas tragam diretrizes e dispositivos da PNH, muitos não partilhavam da radicalidade necessária para mudar os modos de fazer na área da saúde. Apontamos aqui mais uma preocupação do Coletivo Nacional que percebe cada vez mais a institucionalização da Política na máquina da gestão federal.

Estamos cientes de que as normas são imprescindíveis para o funcionamento do SUS, mas esclarecemos que a nossa atenção esteve e continua centrada nas narrativas dos apoiadores e nos movimentos que promovem, nas palavras de apoiador: "[...] *uma abertura da nossa visão [...] um aumento na sensibilidade e isso nos sacudiu.*"

Assim, destacamos outro indício da força da PNH que ganha concretude nos sujeitos que, após passarem pelas atividades de formação ou pelas rodas de conversa, se surpreendem e se encantam pela proposta. O encontro com o HumanizaSUS é marcado por

*[...] entusiasmo, esperança e uma certa fascinação sobre o que nos trará o futuro, tomou conta de todas nós. Fez-se necessário todo um turbilhão de sentimentos e esforços para catalisar uma real mudança e crescimento.*

---

<sup>30</sup> Citamos alguns exemplos que ilustram as contribuições da PNH para a formulação de políticas e na condução de ações na gestão federal, tais como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Cadernos de Atenção Básica e Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Educação Popular em Saúde; Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste; Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis; Rede Cegonha; Apoio Integrado e etc.

Por reiteradas vezes, apoiadores sinalizam que *"[...] esta Política muda a gente."* Há transformações que são enfatizadas pelos apoiadores a partir de seu encontro com a PNH, como esta apoiadora que sintetiza o que aconteceu consigo e com os colegas: *"[...] parecíamos Dom Quixote atrás de sonhos e realidades impossíveis."*

Ao fazer referência ao Cavaleiro de Cervantes, esta narrativa nos enche de questionamentos alegres. Neste clássico da literatura universal, o personagem Dom Quixote cansa-se de ler romances de cavalaria e decide vivê-los na companhia de seu fiel escudeiro, Sancho Pança.

Ao evocar Dom Quixote e suas aventuras, a apoiadora sinaliza-nos que o dia a dia de trabalho no SUS era tomado como impossível de ser alterado. Mas, com os encontros da e a partir da PNH, essa realidade ganhou cavaleiros e damas, que perdem o juízo e passam a viver a própria história não mais como espectadores. Seguimos com as nossas interrogações e contando uma história da PNH que flerta com a loucura, com a potência da desrazão, com a capacidade humana de inventar sonhos e mundos. Parece-nos que correr atrás de realidades consideradas como impossíveis nos é comum.

Além dos trabalhadores acima, acrescentamos os que encontram no HumanizaSUS o respaldo para continuar o que já faziam, tal como um apoiador relata que os *"[...] conceitos apresentados pela PNH reafirmam as minhas convicções de que a política de saúde deve valorizar os indivíduos como sujeitos do processo de transformação social."*

Outro apoiador explicita ainda que a PNH nomeia o que já acontecia em seu cotidiano: *"[...] não sabíamos o nome que poderia ser dado a este movimento, mas a atuação em si já existia."* E mais uma apoiadora ressalta que suas práticas já estavam em consonância com o HumanizaSUS, mas ela não sabia: *"[...] a princípio eu estava meio fora do contexto, porém percebi algo peculiar... no meu agir profissional eu já fazia cogestão, clínica ampliada... e nem sabia... devo confessar que meus olhos se abriram."*

A força de contágio ganha destaque inclusive, quando a nossa atenção se centra na experiência coletiva e solidária através dos relatos na Rede HumanizaSUS (RHS). A RHS é um espaço na *web* construído e mantido pela PNH desde 2008, mas que não se restringe à Política. É um blog colaborativo, uma comunidade aberta aos interessados em dialogar sobre a humanização das práticas, os desafios da

construção da saúde universal em tempos neoliberais e ainda sobre as inúmeras dimensões da vida.

Na postagem abaixo, temos um dos muitos significados da RHS para seus membros:

[...] um grupo-apoiador que, através de comunicação horizontal e ausência de hierarquia, produz brechas para fazer diferença, escapar da solidão, discutir dificuldades e inventar soluções. Aqui, fazem-se redes com outras redes e amplia-se a base de inteligência, opera-se um dispositivo de inclusão, produzem-se novos modos de relacionamento e produção de sentido para, sobretudo, construir e reconstruir o SUS e atuar em defesa da vida! (WEBER, 2012, p. 183).

As narrativas dos apoiadores da PNH e do SUS, assim como as muitas postagens na RHS, apontam os modos singulares de resistir ao cotidiano, sejam aqueles produzidos a partir do encontro com a PNH, sejam os que foram fortalecidos pela Política, e, inclusive através dos diálogos na *web*. Apoiadores utilizam-se do HumanizaSUS para construir parcerias e continuar a inventar jeitos diferentes de fazer clínica e gestão. Esses são indícios das transformações nos sujeitos, em seus olhares e em suas práticas e que produzem um sentimento de pertencimento, como enfatiza um apoiador: "[...] *encontrei minha turma*."

A PNH afirma-se como uma experimentação a partir de sujeitos concretos que passam a utilizar, de forma singular, as diretrizes, os dispositivos e o método como ferramentas para repensar a si mesmos, os processos de trabalho e o SUS, como sinaliza uma apoiadora:

[...] *não nos é dado uma receita de bolo dizendo como fazer, mas sim somos estimulados a nos aprofundarmos nos conceitos da PNH e o como fazer fica conosco. Sempre lembrando que cada serviço tem sua história e suas próprias peculiaridades, logo a PNH não é impositiva e sim **reflexiva**.* (grifo da apoiadora).

Mais que seguidores, a PNH incentiva e alimenta-se de sujeitos que tomam como desafio superar os obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS. Ao problematizar a gestão dos serviços e, ao mesmo tempo, as práticas do trabalhador, a Política visa contrapor o discurso hegemônico na saúde, potencializando e criando espaços de trocas onde pessoas com valores, saberes, hábitos, desejos, interesses e necessidades diferentes encontrem, conjuntamente, saídas para os problemas do cotidiano.

Um apoiador destaca a importância das rodas de conversa:

*Descobri que relatos de experiências definitivamente abrem os horizontes de quem não sabe nem ao menos de que maneira, onde e quando começar. Perceber o olhar de quem está no caminho há mais tempo é sempre motivador para os que apenas entraram na trilha.*

Ao entrar na 'trilha', escutar outros modos de fazer, encontrar parcerias, há transformações:

*[...] não há como voltar atrás. Cresci. Identifiquei-me, me envolvi, me deixei impulsionar por estas novas perspectivas que tem causado reforço positivo nas minhas condutas enquanto profissional de saúde. Enquanto ser humano estou ciente da minha posição. Mais uma brasileira que sonha como tantos outros pela excelência do cuidado em saúde para todos, sem qualquer distinção. A PNH é, sem sombras de dúvidas, uma das ferramentas mais importantes para esta conquista.*

Os apoiadores da PNH, trabalhadores do e pelo SUS, são convocados ética e politicamente a serem "interventores" (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014) para mudar o que nas práticas em saúde e no SUS não pode mais ser comum. Apoiar, inventar e intervir é afirmar o caráter instituinte da luta por saúde, por outras saúdes. É se incluir e se implicar com a árdua tarefa de manter aquecida essa rede que sustenta o SUS como uma experiência cotidiana do direito à saúde de qualquer um/uma.

A intervenção proposta pela Política visa a produção de acontecimentos, "[...] uma espontaneidade rebelde [...] a diferença, o inédito, um novo espaço-tempo" (PAULON, 2005, p. 21). É um convite, uma provocação para questionar o que parecia evidente, desnaturalizar o que se apresentava como corriqueiro, universal e necessário.

O acontecimento ou acontecimentalizar, neologismo criado por Foucault (2003), enfatiza a emergência de uma singularidade. Acontecimentalizar inaugura um brecha e promove uma fissura. E assim o olhar e a potência do pensamento se entrelaçam para ir além do que estava previsto e prescrito.

Ao provocar apoiadores a ampliar as análises sobre o atual jogo de forças, um cenário desolador se apresenta em muitos momentos. As dificuldades e os desafios são de várias ordens, mas o mundo não está pronto, terminado nem é eterno. Estamos no meio, em meio a, em um movimento cuja tarefa é sintetizada por outra apoiadora:

*Felizmente nada é finito na PNH, porque para exercê-la, a nossa prática, fatalmente, terá que ser alterada! Dar apoio, receber, trabalhar em grupo, fazer inclusão, incluir-se, tudo isso faz com que tenhamos de deixar nosso 'cantinho de conforto' para entrar em outras searas, que nem sempre será a que conhecemos. O desafio é superar as dificuldades e sair delas mais fortalecida, porque não preciso encontrar o caminho sozinha! O grupo está ali!*

Como obra aberta e tarefa coletiva, a Política fomenta um permanente processo de reinvenção dos sujeitos, das instituições, das práticas e do mundo que construímos ao viver. Trata-se assim de uma aposta que tem como meta disparar processos de mudança e, por isso, não pode ser estanque nem tampouco engessar e cristalizar o fazer saúde. A Política constrói o seu curso a partir da inclusão de diversas experiências e das inovações no campo da Saúde Coletiva, fazendo jus ao método como modo de caminhar e buscando a criação de novos sujeitos e subjetividades.

Estes efeitos indicam um “plano de co-engendramento e de criação” que tem se mostrado um caminho para superar as dicotomias tão frequentes no campo da saúde (ESCÓSSIA, 2009) e que caracteriza a PNH como uma aposta efetivamente pública, coletiva, de produção do comum (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; PASCHE; PASSOS, 2008; HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009; PASCHE; PASSOS; BARROS, 2009).

Em meio às forças dos ventos neoliberais que alimentam de descrédito o que é público, apoiadores da PNH, como os de outras políticas<sup>31</sup>, cujo compromisso está nas mudanças da atenção e da gestão, vão se alinhando e produzindo movimentos no e pelo SUS. Uma das características dessa rede é o seu

[...] funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação, isto é, trata-se de uma rede heterogenética. É nesse sentido que a experiência do coletivo, do público ou mesmo da multidão deve ser retomada como plano de produção de novas formas de existência que resistem às formas de equalização ou de serialização próprias do capitalismo. (BENEVIDES; PASSOS, 2004, p. 169).

---

<sup>31</sup> Embora nossa discussão seja a PNH, há outras políticas da gestão federal que também propõem mudanças significativas e que dialogam com o HumanizaSUS (seja pelos atores em comum, seja nos espaços internos do Ministério da Saúde), tais como: Política Nacional de Saúde Mental, Redução de Danos, Rede Cegonha, Política para População na Rua, de Promoção à Saúde, de Gestão Participativa, de Educação Permanente, de Educação Popular, dentre outras.

No cotidiano ainda marcado pela desumanização, ou seja, por práticas desrespeitosas e até violentas, que tomam o corpo biológico como objeto, por gestões comumente solitárias, autoritárias e corporativas, por trabalhadores anestesiados, esgotados e silenciados, por condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade, pela falta de financiamento adequado, enfim, por dificuldades e desafios de várias ordens, algo acontece em alguns sujeitos e coletivos.

Nas rodas de conversa, nos diálogos e nos documentos finais/narrativas, os apoiadores narram um acontecimento a respeito da mudança de seus olhares sobre o que era corriqueiro, indicando-nos estranhamentos, como por exemplo: "*[...] passei a perceber mais claramente que na realidade, embora devesse, o paciente habitualmente não estava prioritariamente no foco da atenção.*".

Mais uma apoiadora destaca a falta de cuidados:

*A racionalidade médica contemporânea evidencia, através de suas práticas e de seus critérios decisórios, a persistência do modelo tecnicista, no qual o cuidado e atenção integral à pessoa do doente na maior parte das vezes ficam em segundo plano, quando aparecem estão sob a forma do descuido, do descaso, do abandono, em poucas palavras: falta de cuidado.*

Outro apoiador, com indignação, enfatiza os descuidos:

*[...] falta de comprometimento da equipe, escalas verticais, comunicação inadequada entre os setores e interpessoais, centro cirúrgico subutilizado, controle de vagas por chefes de unidade e não por uma central de regulação de leito, exames não realizados em tempo hábil, falta de protocolos de atendimento definidos, enfim sem gerenciamento dos casos, o paciente não tem dono.*

Ali, onde só era possível perceber a desumanização, onde parecia não haver nenhuma saída e desistir seria uma questão de tempo, encontramos apoiadores que enxergam na e a partir da PNH a possibilidade de produzir intervenções em si mesmos, nas práticas e nos serviços. São os movimentos de questionamento e resistência que, de forma minoritária, promovem uma "inflexão na sensibilidade coletiva" (PELBART, 2013) e sinalizam que os territórios estão em mutação (LIMA, 2009).

A Política convoca sujeitos a questionar o modelo hegemônico e os binarismos que configuram este território, tais como a saúde em oposição à doença, a gestão e a atenção localizadas em polos opostos e distantes, a dissimetria que

marca as relações entre usuários e trabalhadores, a supremacia do hospital e do saber biomédico, dentre outras características. As narrativas dos apoiadores apontam-nos que o encontro com e a partir da PNH contribui para a construção de um novo olhar: "[...] pode ser que nada mude ou pareça mudar na história, mas tudo muda no acontecimento, e nós mudamos no acontecimento." (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 134).

## 2.7- UM TRABALHO COLETIVO E POR COLETIVOS DE TRABALHO

As transformações na atenção e gestão propostas pela PNH implicam em movimentos coletivos de análise e de intervenção. Uma das principais tarefas do apoiador, assim como a meta da própria Política, é se conectar aos "coletivos organizados para produção" (CAMPOS, 2000). Mais do que um grupo como uma unidade estática e, ainda, como uma categoria identitária, almeja-se a grupalidade, ou seja, uma multiplicidade de termos, usos e funções.

Apostar na grupalidade, na construção de tempos e espaços que possibilitem novas parcerias e cooperações, indica-nos um acontecimento que tem força para transgredir fronteiras até então pré-delimitadas. E a PNH propõe aos seus apoiadores que produzam movimentos nos serviços de saúde que possam ampliar a solidariedade entre os envolvidos, na contramão das forças privatizantes que mantêm a supremacia do "modo indivíduo" (BENEVIDES, 2007) que marca o contemporâneo.

Desses coletivos, espera-se que estejam dispostos a se agenciar em prol de reformar o trabalho em saúde, o SUS e os modos de cuidar, alinhados com a ampliação da dignidade de usuários e trabalhadores. Entretanto, esta tarefa não é fácil e uma apoiadora adverte: "[...] *nem sempre a PNH é doce e amigável, vem quebrar barreiras e transpor obstáculos que a rotina do sistema carrega e são tão fortes...*".

A PNH, desde o seu início, experimenta as durezas e as delicadezas de suas propostas através dos arranjos já citados. Uma apoiadora sinaliza o complexo jogo de interesses em torno do que é, do que deveria ser público: "[...] *às vezes a gente se dá conta que a ética do gestor, a do Ministério, é tão diferente de sua ética... e a saúde das pessoas? Quando vamos olhar melhor para as pessoas?*".

Apoiadores aprendem que "[...] *as discussões dos processos de trabalho não são tão tranquilas quanto desejamos, muitas vezes tensas, mas necessárias*". A tensão é explicitada por outro apoiador:

*Muitas vezes eu percebia uma certa inércia coletiva e um descontentamento que ora ocorria pela desmotivação, ora pelo desejo de muitos de continuar do jeito que estavam porque era mais cômodo ou porque se mudasse alguma coisa os sujeitos envolvidos no processo sofreriam uma readaptação e o medo de mudança era um fantasma que assombrava a todos, inclusive a mim.*

Assim, mais que prescrições de alguns para os demais, os coletivos do HumanizaSUS são espaços de experimentação dos princípios, diretrizes, método e dispositivos que compõem a Política. Neste momento, iremos apresentar e discutir mais alguns arranjos de gestão que, de forma descentralizada e concomitante, acontecem no Ministério da Saúde e também nos territórios que são apoiados pela PNH: os exercícios da "cogestão em ato." (MORI; MATOSO, 2009).

Em Brasília, está localizado o Núcleo Técnico da PNH (NT), responsável pelas articulações institucionais e pela interface com as demais políticas do SUS. Ao longo dos anos, a função e a configuração do NT foi se modificando. No início, era formado por poucas pessoas responsáveis por funções administrativas e logísticas, ficando a cargo da coordenação e dos consultores regionais a tarefa de formulação, gestão, apoio e condução técnico-política. Com o passar dos anos, embora a PNH continue apostando nos movimentos nos territórios, aumentou a necessidade de fortalecer o NT para o trabalho interno da PNH em parceria com as demais ações e políticas na gestão federal.

As constantes alterações no grupo que compõe o NT sinalizam, dentre outros aspectos, os desafios e as dificuldades de estar na gestão federal. A dureza da máquina intitulada Ministério da Saúde; o jogo da macropolítica marcado por hierarquias e disputas; o baixo grau de investimento da gestão para a manutenção desses trabalhadores, já que a grande maioria possuía frágil vinculação trabalhista; e a cisão entre os técnicos em relação aos que estavam em lugares privilegiados de gestão são aspectos que promovem a frequente rotatividade dos trabalhadores da PNH em Brasília.

Uma consultora, que também trabalhou no NT num momento posterior ao nosso, nomeou um sentimento compartilhado por vários profissionais: "[...] *eu nunca*

*estive tão silenciada como aqui.*". Em tom de brincadeira, descrevíamos que habitávamos o "sétimo andar e meio", fazendo referência ao filme "Quero Ser John Malkovich"<sup>32</sup>, e por isso andávamos todos curvados e com dores nas costas.

O silêncio e a subserviência que compõem estes comentários indicam-nos os desafios de trabalhar numa Política que é contra-hegemônica, cuja radicalidade convoca os seus apoiadores a questionar a organização e o funcionamento do SUS, e inclusive, os próprios arranjos criados e exercitados na PNH.

Os investimentos nos territórios municipais e estaduais eram e continuam sendo prioritários para o HumanizaSUS e, por isso, a equipe em Brasília era pequena, com ênfase nas atividades técnico-administrativas. Em 2009, a coordenação nacional constata a necessidade de formar um grupo para dividir as atribuições acumuladas com a ampliação da PNH no interior da gestão federal. Em 2010, somente três técnicos eram responsáveis pelas interfaces com as demais políticas ministeriais, além do coordenador. Os demais profissionais eram responsáveis pelos aspectos administrativos, logísticos e com funções específicas, como jornalismo. Já em 2012, seis técnicos passaram a realizar as articulações internas e respaldar os consultores territoriais.

Os consultores, ora para um ou mais estados da federação, ora por região, eram e ainda são selecionados e indicados pelos participantes da PNH. O Coletivo Nacional é o grupo que agrega todos os consultores, com reuniões presenciais semestrais e intensas atividades pela *web*. Nos estados, os consultores se organizam através dos Coletivos Regionais, divididos em: Centro-Oeste, Norte, Sul, Sudeste I e II e Nordeste I e II. Cada regional tem um coordenador que compõe o Colegiado Gestor. Em 2013, após amplo debate entre coletivos regionais, colegiado gestor e coordenação nacional, houve uma reformulação, e a PNH passou a ser composta por um coletivo na Região Sudeste e outro na Região Nordeste.

As diferentes coordenações da PNH, assim como as coordenações regionais, cada qual a seu modo, se aproximaram dos estados e municípios. Os consultores regionais, quando conseguem mobilizar os coletivos ampliados, promovem uma cartografia dos usos, serviços e articulações realizadas com e a partir da PNH. Mas há um conjunto de ações e de novos apoiadores que somente são conhecidos na

---

<sup>32</sup> No filme de Spike Jonze, de 1999, um escritório estava localizado no sétimo andar e meio de um prédio, e por isso o teto das salas era mais baixo que o habitual e a postura dos que circulavam ali era necessariamente curvada.

medida em que nos infiltramos num território, quando a mobilização local se fortalece e quando esses profissionais se autodenominam apoiadores e passam a dar visibilidade aos seus trabalhos, tal como acontece em eventos locais e nas postagens na Rede HumanizaSUS.

Dentre os arranjos da PNH, citamos também a Câmara Técnica de Humanização, Formação e Pesquisa (CTHFP) responsável pelo apoio aos cursos e demais atividades de formação internos e externos. A Câmara auxilia, ainda, na articulação com as demais políticas de educação em saúde e com as instituições de ensino e pesquisa.

Os processos de formação na PNH são tomados como inseparáveis da intervenção e visam produzir interferências nas práticas cotidianas como um modo de "[...] enfrentar e desmontar a separação formação-trabalho, ao se considerar que os processos de trabalho se constituem como matéria-prima dos processos de formação." (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 499). Assim, os cursos e as rodas de conversa almejam a "[...] produção concomitante de conhecimento, sujeitos e realidades. [...] transformação do mundo numa morada - *ethos* que acolha a diversidade da vida e referende às muitas saúdes possíveis." (PAULON; CARNEIRO, 2009, p. 749).

Somam-se ainda os consultores matriciais, que têm a função de auxiliar e fortalecer as ações e discussões em todo o país, como o Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) e a Ambiência. Além dos arranjos indicados acima, a partir das demandas do Ministério da Saúde e da prioridade, frentes e grupos de trabalho são organizados, tais como: Frente de Mobilização Social, Frente Apoio na Saúde Indígena, Frente Saúde - Trabalho, Grupo de Acolhimento com Classificação de Risco e Ambiência.

A nossa entrada na PNH nos permitiu, dentre tantos aprendizados, acompanhar o debate acirrado sobre os limites e os desafios da democracia institucional exercitada nesses arranjos criados pela Política. Como exemplo, citamos um impasse entre a Câmara Técnica de Formação e o Colegiado Gestor.

Em alguns momentos, as reuniões da Câmara de Formação confundiam-se com o papel a ser desempenhado pelo Colegiado Gestor. Como os membros da Câmara cumpriam com rigor a agenda de reuniões, em alguns momentos antecipavam discussões importantes e colocavam em evidência analisadores do funcionamento da própria Política.

Somamos aqui mais outros aspectos que nos parecem que mantinham o trabalho da Câmara 'vivo' e mais prazeroso, facilitando a cogestão e o trabalho coletivo. A coordenação fazia-se em dupla. Dividir as decisões e corresponsabilizar-se pelo trabalho produzia alinhamento entre os demais membros. Outro aspecto a ser destacado é o próprio objeto do Colegiado Gestor, deliberar sobre os rumos da PNH, que é dependente da agenda da Coordenação Nacional. A Coordenação, por sua vez, atua no *lócus* da gestão federal, e tem suas decisões e prioridades marcados por essa institucionalidade. Assim, as reuniões do Colegiado Gestor, embora imprescindíveis para o andamento das atividades da Política, eram consideradas exaustivas para muitos de seus membros.

A PNH com seus apoiadores criam arranjos de gestão e dispositivos maleáveis que estão em transformação e composição com as demais forças, inclusive enquanto escrevemos esta tese. Quando uma temática ganha relevância, a Política organiza-se internamente e a colaboração ocorre seja por convite, seja por convocação. Os apoiadores respondem tanto aos chamados da Coordenação Nacional e das instâncias do Ministério da Saúde, quanto aos dos territórios de atuação.

Trazemos mais dois exemplos que buscam sinalizar os movimentos que ocorrem no interior do Ministério da Saúde e influenciam nas agendas locais e nos plano de trabalho dos apoiadores.

Os chamamentos podem comportar uma dimensão ética, tal como ocorreu no Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste (PQM), uma das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2010, 2014) que mobilizou a PNH desde o Núcleo Técnico até a produção de interferência nas agendas locais dos coletivos regionais. Um pouco mais à frente, discutiremos novamente esta ação pela importância que teve na história da PNH e de seus apoiadores.

O Plano de Qualificação centrou-se na metodologia do apoio institucional e foi organizado a partir das diretrizes da PNH, que são fundamentais para as transformações na atenção e na gestão: cogestão; acolhimento e vinculação; direito ao acompanhante de livre escolha da mulher e alterações na ambiência. O HumanizaSUS passou a selecionar, formar, apoiar, supervisionar e monitorar as ações de vinte e um apoiadores e seis supervisores nas vinte e seis maternidades prioritárias nos estados brasileiros da Amazônia Legal e Nordeste.

No Núcleo Técnico, éramos uma das responsáveis pelo acompanhamento e sistematização das ações do grupo de apoiadores e supervisores. Destacamos um movimento de contágio que ocorreu nos coletivos regionais dos estados envolvidos no PQM. Essa mobilização promoveu a ampliação do debate sobre a humanização do parto e nascimento, que até então estava restrito às áreas técnicas da Saúde da Mulher e da Criança, ganhando espaço e força nas reuniões internas e nas ações apoiadas pela PNH.

Muitos coletivos da PNH, tal como ocorreu no coletivo Centro-Oeste, passaram a se integrar nos movimentos pela humanização do parto e nascimento, como nos Fóruns Perinatais, na inclusão dos apoiadores do PQM nos encontros dos coletivos ampliados e demais atividades em andamento nos territórios. Discutíamos o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, a assistência centrada no respeito à fisiologia e nas boas práticas (OMS, 1996), o fomento à vinculação da gestante a uma maternidade de referência, a construção de uma rede de cuidados perinatais, o enfrentamento da violência obstétrica, dentre outros aspectos que compunham o Plano de Qualificação das Maternidades, para que se tornassem práticas comuns de muitos apoiadores envolvidos direta e indiretamente com o PQM.

O segundo exemplo que trazemos para discussão são as convocações que, embora sejam pertinentes para o fortalecimento das relações interfederativas e a qualificação da atenção à saúde, se transformaram em tarefismos com pouco impacto na produção de mudanças no cenário atual. Citamos, para ilustrar, uma tarefa aos participantes do Apoio Integrado.

O Apoio Integrado é uma estratégia que buscou alinhar as diversas secretarias, políticas e as áreas técnicas do Ministério da Saúde para aprimorar os mecanismos de gestão no SUS (BRASIL, 2011b). A partir de 2011, cada estado da federação passou a ter um grupo de apoiadores, responsável pelas discussões das redes temáticas prioritárias<sup>33</sup>, incluído um apoiador do HumanizaSUS.

Uma dessas redes temáticas, a serem fortalecidas pela gestão federal, era a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Problematizamos aqui um dos pedidos que chegou aos apoiadores para se verificar a situação das Unidades de Pronto

---

<sup>33</sup> As redes prioritárias para gestão federal definidas no Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015 e no Decreto nº 7.508, de 2011, são: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

Atendimento (UPA) no território nacional e, assim, atualizar as informações da RUE. Um questionário deveria ser preenchido *in loco*, com fotos anexadas, comprovando em que etapa estava cada projeto. A tarefa buscava responder à Presidência da República, uma vez que do total das UPAs prometidas na campanha, somente 1/4 estavam em funcionamento.

Para a grande maioria dos apoiadores, era consenso que não bastava uma visita para fiscalização. Era preciso que a gestão federal melhorasse as estratégias que associavam o repasse financeiro à quantidade e à qualidade dos procedimentos realizados, assim como de mecanismos que assegurassem o uso correto do dinheiro público e o cumprimento dos prazos pactuados. Além disso, o complexo jogo político-partidário promovia acordos de gabinetes, impedia punições e maiores consequências negativas aos gestores e suas equipes com baixo compromisso com a população. Tais situações deixavam muitos apoiadores, embora cientes do que deveria ser feito, indignados e impotentes, já que os desafios do SUS são políticos e não técnicos (RADIS, 2011).

Buscamos ilustrar acima como a PNH, com seus arranjos e apoiadores, compõe a engrenagem Ministério da Saúde. Esse funcionamento não é linear nem tampouco previsível. Por vezes, há uma participação decisiva na construção e efetivação de uma ação, sendo o PQM um grande exemplo. Outras vezes, o HumanizaSUS é uma das políticas da gestão federal que deve executar uma decisão pactuada em instâncias superiores, como ocorreu neste pequeno episódio relacionado ao Apoio Integrado.

Contar certa história da PNH implica problematizar o nosso tempo e seus acontecimentos, e é necessário compreendê-los como repetição ou como diferença, confrontando-nos com os limites e, também, com a capacidade de invenção dos sujeitos envolvidos. Assim, embora sinalizemos a ampliação do compromisso ético no PQM, em detrimento a uma prescrição a ser cumprida no Apoio Integrado, ressaltamos que a realidade do SUS é sempre mais complexa que os recortes lineares apresentados por nós. Mais à frente, discutiremos novamente as duas ações da gestão federal que comportam tanto inovações, quanto a manutenção do atual estado de coisas.

O SUS é um campo onde disputas são atualizadas a cada momento, e cabe aos apoiadores aprenderem a se equilibrar entre os pedidos e as tarefas que ora comportam, ora não, a possibilidade de produzir diferença para si e para os outros.

Nessa aprendizagem que se faz na experiência, há entre os apoiadores um misto de alegria e lamento, indicando-nos tanto a implicação, quanto a canseira e a vontade de desistir.

A noção de trabalho imaterial, de Negri e Lazarrato (2001), nos auxilia a pensar o apoio e demais propostas da PNH. Estes autores sinalizam o atual momento em que o trabalho e a vida estão cada vez mais interligados. Assim, não há descansos, folgas ou férias suficientes porque é a vida que compõe o processo produtivo. Agora é a vez da "[...] 'alma do operário que deve descer na oficina'. É a sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade." (NEGRI; LAZARRATO, 2001, p. 25).

Um apoiador sintetizou como compreende a sua tarefa com o seguinte comentário: "[...] *este é o problema de trabalhar no que a gente acredita...*". É a subjetividade, a criatividade e a capacidade de invenção que estão postos a trabalhar de uma forma jamais vista. E apoiadores precisam produzir imaterialidades como ampliação do compromisso ético-político, exercício de democracia, qualificação das ofertas, humanização das práticas e construção de uma rede de cuidados. Para muitos do HumanizaSUS que mantinham relação com a academia, nesta já longa lista estavam incluídos também a produção e a publicação de conhecimento científico.

A tarefa do apoiador na produção de imaterialidades não é trivial. Há uma batalha em curso "por uma outra militância" (OLIVEIRA et al., 2009), uma luta travada em tempos paradoxais como o nosso. Nas rodas de conversa da PNH, acompanhávamos narrativas sobre as inúmeras inovações construídas no cotidiano dos serviços de saúde e também o enorme silêncio e o esgotamento dos sujeitos envolvidos.

Antes de trabalharmos no HumanizaSUS, supúnhamos que a máquina federal soubesse das ações em andamento realizadas nos estados e nos municípios da federação. Para nossa surpresa, o olhar da gestão federal é um recorte dos planos de trabalho e dos relatórios de planejamento, monitoramento e avaliação (PM&A) dos consultores territoriais pactuados em seus coletivos regionais. Os consultores, por sua vez, também recortam o cenário a partir das agendas que realizam, das afinidades com as temáticas e das composições como os demais apoiadores e parceiros que encontram em sua região.

Para as demais políticas da gestão federal, as relações interfederativas servem para os repasses de recursos financeiros, cadastros de serviços, monitoramento das ações, alimentação dos sistemas de informação e demais aspectos. Já para a PNH o funcionamento está em outra lógica. Embora também com limitações e dificuldades, o modo de operacionalizar o HumanizaSUS diverge a partir da gestão federal.

Desde o seu início, a PNH busca localizar-se entre sujeitos, ações e políticas. O funcionamento do HumanizaSUS é uma experimentação e depende da composição produzida em cada território. Em algumas secretarias, há alinhamento com o planejamento, em outras com a educação permanente ou ainda com foco na atenção básica, por exemplo. Os coletivos ampliados e os cursos da PNH foram se configurando como dois dispositivos para sensibilização e manutenção dos espaços de discussão ao longo dos anos. Às vezes, são os coletivos ampliados que sustentam um curso (planejamento, viabilidade financeira, convencimento da gestão, seleção dos participantes, programação, dentre outras negociações), outras vezes são produzidos ao longo do processo de formação.

Alinhadas com a produção teórica sobre a Política e com os princípios da transversalidade e do fomento à autonomia e do protagonismo dos envolvidos que compõem o HumanizaSUS, ao longo desses anos, compreendemos que só os nômades conhecem toda muralha da China e o tamanho do deserto, tal como na literatura menor de Kafka (DELEUZE; GUATTARI, 1995; 1997), ou seja, a PNH é um rizoma, produz rizomas e é alimentada por eles. Estes são sempre uma multiplicidade que foge para vários lados ao mesmo tempo.

O consultor faz um recorte, avalia junto ao seu coletivo onde e quando apoiar. Mas a cada momento, novas experimentações surgem e outras perdem a força, sendo difícil acompanhá-las. O consultor é mais um apoiador em um vasto território, e que reúne demais sujeitos para potencializar as ações. A nossa experiência, assim como o diálogo com os apoiadores, aponta que, mesmo nos lugares onde há coletivos ampliados ou grupos de trabalho, esses grupos são abertos, e há sempre novas pessoas que passam a compor uma rede "[...] eternamente provisória e sempre já desertada." (BLANCHOT, 2005).

## 2.8- GERIR E GERAR UM OUTRO MODO DE PRODUZIR EM SAÚDE

O HumanizaSUS parte da indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de sujeitos. Este é um dos princípios da PNH que marca o desafio de promover transformações para avançar na "reforma da reforma", como nos ensina Campos (1992). Desde o início dos anos de 1990, Campos já sinalizava a necessidade de mudança na atenção e gestão, rompendo com o modelo da racionalidade hegemônica, uma vez que a implantação legal do SUS e a construção de uma rede de serviços não seriam suficientes para garantir os princípios que o constituem.

Nessa perspectiva, a saúde caminha de mãos dadas com a cidadania. O cuidado que se almeja produzir é a partir de equipes e olhares multiprofissionais, que se agenciam em um trabalho coletivo na busca por aumentar a resolutividade das ações. A autonomia e o protagonismo, princípios da Política e valores que fundamentam os movimentos reformistas, primam pela produção de sujeitos capazes de cuidar de si e do mundo. Trabalhadores e usuários juntos constroem espaços para o exercício de graus maiores de democracia e, ao mesmo tempo, para fortalecerem seus compromissos coletivos com a vida.

A compreensão de saúde, gestão e trabalho, em uma perspectiva ampliada pela PNH e alinhada com a história do SUS e da Saúde Coletiva, apresenta um convite que transborda as fronteiras até então delimitadas nas dimensões clínicas e políticas. O HumanizaSUS almeja tornar-se uma política cada vez mais pública, produzir movimentos coletivos e construir com seus apoiadores experiências singulares que devolvam o sentido do trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009), que o faça vivo (MERHY, 2005) e que produza sujeitos, e não assujeitamentos.

Uma apoiadora conta em sua narrativa:

*[...] eu tinha uma visão que para melhorar nosso processo de trabalho seria necessários mais recursos financeiros na área da saúde, no decorrer dos encontros pude perceber que para melhorar seria necessário muito mais, uma mudança de atitude enquanto profissional e isso não há investimento que pague.*

Há um acontecimento, sinalizado na narrativa, que é da ordem da construção do comum. Nestes tempos em que o capital está entranhado em corpos e almas,

esta apoiadora nos diz de mudanças nos processos de trabalho que não possuem correspondente monetário que as alcance, são os "valores sem dimensão" (BARROS; SILVA, 2014). O trabalho a ser repensado a partir da PNH "[...] não se reduz à aplicação de um procedimento: trabalhar é exercitar um pensamento e é também viver." (idem, 2014, p.130).

Os arranjos citados fomentam outros modos de produzir relações entre os sujeitos e estão pautados na construção de novas democracias, embora seja necessário destacar que, para essa tarefa, não há garantias. O trabalho é produção de si e do mundo, invenção de sujeitos e coletivos, que não se reduz ao trabalho prescritivo, a uma tarefa definida por outro, a ser cumprida sem análise e avaliação dos envolvidos. (SANTOS FILHO; BARROS, 2007; SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Na narrativa a seguir, temos um exemplo da mudança do olhar de um apoiador:

*[...] na maioria do tempo pensamos na bruta insatisfação coletiva, vivenciada como condições de trabalho insatisfatórias que vai [vão] desde o material básico disponível até as nossas relações interpessoais, que na maioria das vezes [são] marcadas pelo individualismo acirrado que promove tensão e insatisfação crescente com o nosso trabalho [...] nos leva a sensação [de] que estamos sós em tudo.*

Ao longo do curso da PNH, ao participar das rodas de conversa e de repensar como o trabalho ocorre em um contexto sempre complexo, conta que:

*[...] consegui enxergar a situação sobre outro ângulo, descobrir e acreditar numa nova forma de fazer gestão, forma mais conflituosa no primeiro momento e mais proveitosa como resultado. E além de tudo pude experimentar a inclusão social (gestores, trabalhadores, usuários e familiares) e sentir que conflitos existem, mas vamos longe quando caminhamos coletivamente.*

Mais uma apoiadora relata a satisfação pessoal, ao trabalhar pela implementação da PNH: "*[...] ações que fizeram diferença para os pacientes, acompanhantes e trabalhadores, mas principalmente fizeram diferença para mim, eu me senti muito realizada em minhas propostas e ações, tão rapidamente pude sentir os efeitos.*"

Nas rodas de conversa, situações corriqueiras são narradas e podem ser problematizadas, colocando em evidência o que, como e para que se faz. Os

trabalhadores, quando têm espaço para falar e serem ouvidos, sabem o que deve ser feito para enfrentar os muitos desafios do dia a dia. Repensar os processos de trabalho é tarefa imprescindível para as mudanças fomentadas pela Política, e nas palavras de um apoiador: "*Somos bons de detectar analisadores, mas é sempre bem dolorido analisá-los.*".

Destacaremos mais alguns excelentes analisadores que nos ajudam a contar esta história e que explicitam os impasses e os desafios do HumanizaSUS no Ministério da Saúde. Na gestão federal, enfatizamos dois importantes espaços institucionais dos quais participamos, em 2010, como representante suplente da PNH e onde muito aprendemos sobre o trabalho em saúde e o funcionamento da máquina ministerial. São eles: o Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador<sup>34</sup> e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS<sup>35</sup>.

A Mesa Nacional de Negociação é um fórum paritário composto por representação de gestores públicos e privados, além das categorias de trabalhadores, mantendo-se como espaço de discussão dos conflitos e disputas inerentes às relações de trabalho desde 2003. A Mesa insere-se numa cultura de democratização sendo a participação do trabalhador fundamental para o exercício da cidadania. (BRASIL, 2011).

Nas reuniões da Mesa Nacional, visualizamos que, nas décadas anteriores, o movimento sindical agregou forças e atores nas lutas por melhores condições de trabalho, por salários e demais garantias trabalhistas. Porém, hoje nos parece que as estratégias de resistência são outras e precisam ser (re)construídas. As regras da macropolítica, o complexo jogo de interesses, o enorme e heterogêneo grupo nomeado como 'trabalhadores do SUS' são alguns dos indícios que apontam um funcionamento já cristalizado.

A posição das bancadas, como assim eram chamadas pelos participantes, tanto dos gestores quanto dos trabalhadores não nos representavam, tampouco aos colegas da PNH nem a outros trabalhadores presentes nas reuniões. Nas conversas de bastidores, questionávamos as contradições e os paradoxos do processo, o antagonismo das bancadas com posicionamentos estanques e também o abismo

---

<sup>34</sup> A Portaria GM n° 2.871/2009 constituiu o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, sendo um representante e um suplente da Política Nacional de Humanização.

<sup>35</sup> Sobre a participação dos apoiadores da PNH na Mesa de Negociação, no Comitê Nacional e em processos de formação na região Norte do país, vide "Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em Saúde - Trabalho a partir do HumanizaSUS" (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015).

existente entre o que ocorria nos estados e municípios e as discussões realizadas em Brasília.

Certa vez, uma apoiadora fez o seguinte comentário: "[...] *nunca vi gente tão dura quanto o povo da gestão do trabalho*", ajudando-nos a compreender que não sofríamos à toa. Em alguns momentos, tínhamos a impressão de que não compartilhávamos do mesmo SUS, dos problemas concretos enfrentados por nós, assim como pelos nossos colegas.

A Mesa Nacional, embora um inegável avanço para construção da democracia, parecia trabalhar para manutenção do atual estado de coisas. Duas posições do Ministério da Saúde, já acordadas antes de nossa chegada e que não estavam mais em negociação, incomodavam-nos. A gestão federal colocava-se contrária à redução da jornada de trabalho de várias categorias, assim como favorável à Lei do "Ato Médico", que, caso fosse aprovado, centralizaria as ações de saúde em uma única categoria profissional, em detrimento do conceito de saúde ampliado pelos movimentos reformistas e respaldado pela produção da Saúde Coletiva.

Procurávamos brechas e encontramos no Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador muitos parceiros. Este grupo estava subordinado à Mesa Nacional e tinha como tarefa construir as diretrizes gerais para uma política destinada ao trabalhador do SUS.

Entre os membros do Comitê, a posição ocupada na Mesa (técnico, gestor público, gestor privado, movimento sindical) ficava em segundo plano e assim conseguíamos dialogar sobre os inúmeros desafios do trabalho no SUS, como por exemplo: a necessidade de repensar a organização do trabalho ainda vertical, fragmentado, corporativo, com excesso de autonomia para alguns; o adoecimento dos trabalhadores em decorrência das longas jornadas de trabalho, cargas exaustivas, convívio diário com o sofrimento humano e com a morte, além dos riscos químicos, físicos, ergonômico, biológicos, dentre outros; a falta de condições de trabalho adequadas para realização da tarefa; formação deficitária e sentimento de incapacidade frente aos desafios colocados pela população brasileira; vazios assistenciais que sobrecarregavam os profissionais desde os das periferias dos grandes centros até os que se encontram em lugares de difícil acesso, como os da Saúde Indígena, em cidades pequenas e nas áreas rurais, dentre outros desafios. Além das iniciativas da gestão federal, discutíamos a necessidade de financiamento

adequado para garantia da universalidade do direito à saúde e de planos de cargos, carreiras e salários condizentes com o reconhecimento do trabalhador como imprescindível nessa tarefa.

Em um ano de trabalho, o Comitê produziu ricos momentos de conversa e, inclusive de muitas disputas, que foram sistematizados com a publicação das diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS, protocolo nº 8 da Mesa Nacional de Negociação (BRASIL, 2011). As diretrizes visam induzir mudanças e são consideradas uma dívida histórica com os trabalhadores, buscando pautar a necessidade de investimentos, pesquisas e maior preocupação com quem produz o SUS.

Assim, o ano de 2010 também foi marcado pela manutenção da interface da PNH com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGESTS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Ambas são responsáveis pelas temáticas da gestão do trabalho e da saúde do trabalhador na gestão federal. Além disso, a PNH contribuiu para a construção das diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS, com a mobilização de alguns membros do Coletivo Nacional e da Rede HumanizaSUS para qualificar o texto. E, apesar dos avanços da Frente Saúde - Trabalho, os organizadores da reunião do Coletivo Nacional, no final de 2010, 'esqueceram-se' de incluir essas ações na devolutiva anual realizada ao grande grupo.

Esta 'distração' evidencia as disputas e as tensões que sempre estiveram presentes na PNH. Alguns consultores entendiam que repensar os processos de trabalho era tarefa de todo apoiador, assim como dos espaços coletivos da Política. Havia outros que defendiam que as questões sobre o trabalho eram de responsabilidade da Frente e que somente os considerados especialistas na temática poderiam posicionar-se. E os membros da Frente, como desempenhavam outras tarefas na Política, sabiam que a força de proposição já estava em declínio e raramente tinham espaços na agenda para as ações exclusivas.

Acrescentamos que a importância da Coordenação Nacional na Mesa de Negociação estava colocada como um desafio para PNH, embora na época não se fizesse exequível. Além dos inúmeros compromissos, a Coordenação, respaldada por parte do Coletivo Nacional, compreendia que os espaços internos no Ministério da Saúde estavam pouco sensíveis para as propostas do HumanizaSUS e, portanto, os investimentos nos estados e municípios eram prioritários.

Como consultora recém-chegada ao Ministério da Saúde, não demoramos a compreender que a Mesa Nacional era uma reunião política, em que os gestores presentes estavam alinhados com o posicionamento do primeiro escalão. Além disso, sabíamos que a representação não era somente da PNH, o que já seria uma questão delicada, mas sim da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), na qual a PNH estava inserida. Representávamos a PNH em dois espaços institucionais, embora desconhecêssemos a posição de muitos consultores e também da SAS sobre os assuntos tratados na reunião, aspecto comum vivenciado por inúmeros trabalhadores com os quais dialogamos.

Em 2010 e 2011, alguns consultores importantes para as discussões sobre Saúde - Trabalho deixaram a Política. A participação da PNH na Mesa de Negociação passa a ser realizada por outro consultor, novamente um recém-chegado ao Núcleo Técnico. E bem diante de nossos olhos, a Frente se dissolve, sem causar estranhamento ou indignação dos participantes da Política.

Somamos, ainda, a esse já contraditório cenário, mais um aspecto que apontamos em uma reunião do Coletivo Nacional. Trabalhávamos com outros consultores no "I Seminário Internacional sobre Potencialidades e Inovações nos Processos de Trabalho em Saúde<sup>36</sup>", organizado pela Universidade Nacional de Brasília com apoio do Ministério da Saúde. Para nossa surpresa, as discussões mais potentes sobre o trabalho como criação de si e do mundo, imprescindível para a construção do SUS de qualidade e da experiência democrática, foram realizadas nesse evento pelos apoiadores da Política.

Pareceu-nos que, embora o Coletivo Nacional tentasse esquecer as durezas que compõem as discussões da gestão do trabalho e que se colocavam como barreiras intransponíveis dadas pelo lugar ocupado pela Política na gestão federal, o alinhamento com as apostas e propostas do HumanizaSUS, necessariamente, levava os seus membros a repensar o que se faz e como se faz. E, assim, outra discussão do trabalho pôde acontecer empenhada em ampliar o poder de agir do trabalhador em parceria com o usuário em prol da vida coletiva.

Para encerrar essa discussão sobre as formas de gerar e gerir, fazemos aqui um rápido paralelo com as provocações foucaultianas. O consultor da PNH assemelha-se ao "homoeconomicus" (FOUCAULT, 2008, 2008b), uma empresa de

---

<sup>36</sup> Anotações pessoais do "I Seminário Internacional sobre as Potencialidades e Inovações nos processos de Trabalho em Saúde", organizado pela UNB, Brasília/DF, de 26 a 28 de abril de 2012.

si mesmo, responsável pelo seu próprio governo. O consultor deve planejar e promover as agendas, garantir desde a logística até a sua execução e depois o monitoramento e a avaliação da atividade. Dito de outro modo, o escritório de casa torna-se um ponto descentralizado da gestão federal, embora a estruturação e a manutenção continuem a ser pessoais. É de casa, que uma importante função do Estado - garantir o público de uma política - é exercida. O consultor deve, como em uma corda bamba, equilibrar o compromisso ético - político com o HumanizaSUS, o contrato sem garantias trabalhistas, as inúmeras viagens pelo país e os pagamentos por produtos<sup>37</sup>.

Nesse percurso, nos estendemos um pouco mais sobre a perspectiva do consultor, tanto em Brasília no Núcleo Técnico, quanto nos coletivos regionais com ênfase nos estados e municípios, pois tivemos a oportunidade de experimentar o trabalho na PNH nessas duas instâncias e ressaltamos que 'baia' e rua trazem durezas e delicadezas diferentes.

## **2.9- "SOMOS UMA REDE DE APOIADORES EM BUSCA DE UM SUS MELHOR"**

Certa vez, apresentávamos o HumanizaSUS no início de um curso de formação de apoiadores. Uma profissional pediu a palavra e disse: *"Ufa, ainda bem que vim. Eu não estou louca! Era isso que eu queria dizer."* O entusiasmo e o desabafo da trabalhadora nos marcaram. Tínhamos em comum a satisfação por encontrar parcerias para continuar o trabalho, algo que não é trivial em tempos como o que vivemos.

Nossa posição ao longo do texto, reforçada pelo encontro com a apoiadora acima, é por reafirmar que a tarefa colocada pela PNH requer muitos de nós. Implica em movimentos coletivos na construção de fazer da rede SUS, com seus diversos serviços e sujeitos, uma "rede de conversações", uma "zona de comunidade" (TEIXEIRA, 2003, 2004). A rede almejada pela PNH e por seus apoiadores é composta por serviços, trabalhadores, usuários, afetos, vivências, histórias,

---

<sup>37</sup> As contratações dos consultores ocorriam através de convênios com organismos internacionais ou com bolsas de pesquisa, para os que possuíam vinculação com a União. A cada ano o consultor, coordenação regional e nacional definiam os objetivos dos documentos técnicos que garantiriam o pagamento a cada 45 dias. As delicadas negociações no Ministério da Saúde e com estes organismos promoviam ora uma corrida para escrever, entregar e receber os produtos, ora atrasos e incertezas.

instituições, políticas públicas, saberes, poderes, dentre tantos outros aspectos, que se interconectam na árdua tarefa de produção de saúde e de cidadania.

O fomento de redes, como uma das diretrizes da PNH, busca desconstruir hierarquias, tornando todas as entradas válidas e as saídas também na composição de uma outra lógica. A organização piramidal, que mantém o hospital no topo, é uma configuração de rede ainda hegemônica no SUS. Hospital, médicos, remédios estão centrados nas ações curativas em um corpo biológico, compondo uma lógica que não se coloca em análise, que não indaga a supremacia de um ponto da rede e a toma como natural.

A PNH com suas diretrizes e método convida-nos a pensar na superação do modo piramidal, que organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade, e, ainda, que mantém a fragmentação dos processos de trabalho, da produção do cuidado e dos serviços. A saúde almejada aqui não pode ser produzida tal como em uma linha de montagem onde cada um faz a sua parte, sem compreensão do que ocorre na próxima etapa.

Um apoiador conta que em seu cotidiano

*[...] um problema bastante comum, envolvendo a falta de relacionamento entre secretaria de saúde e hospital, com espírito de competição e onde cada um fazia o seu papel, como curso pudemos desfazer esta visão e passamos a trabalhar de maneira integrada.*

E com as rodas de conversa disparadas e apoiadas pela PNH, *"[...] o grupo cresceu bastante e conseguimos quebrar as barreiras que existiam entre a rede de saúde no nosso município, no que se refere à falta de comunicação e articulação entre os serviços de saúde."*

Olhar para além dos muros de um serviço de saúde, para outra apoiadora,

*[...] contribuiu em muito para o meu crescimento enquanto gestora [...], onde pude aprender ouvindo, estudando e praticando (aprendi fazendo), solidificando conceitos já existentes e introduzindo outros que resultaram na minha satisfação pessoal de ser partícipe da melhoria da gestão do Hospital e deu-me um entendimento para além dos muros do Hospital, ou seja, de rede e de uma rede articulada visando o atendimento resolutivo e de qualidade ao usuário do SUS.*

Uma rede é formada por inúmeros pontos que estão interligados. Pode ser uma rede de nós, seres humanos, ou de lugares, por exemplo. Assim, uma rede é sempre uma rede de redes, um emaranhado de diversos componentes. Teixeira

(2003) aponta uma diferenciação entre uma rede de produção de saúde, composta pela nossa rede social, afetos, comunidades e demais fatores que influenciam em nosso modo de andar na vida, e uma rede de atenção à saúde, que é formada pelos serviços, ações, instâncias de saúde e seus inúmeros parceiros.

Para ancorar o nosso navio no espaço, ou seja, para produzir saúde de qualidade para qualquer um/uma em um país como o Brasil, muitas redes são necessárias. Ao longo deste percurso, sinalizamos alguns paradoxos dos tempos em que vivemos. A PNH e seus apoiadores, os muitos nós, têm construído agenciamentos diversos para manter aquecidas as discussões e intervenções que promovem outros modos de gerir, cuidar e trabalhar em saúde. E um apoiador conta que as rodas foram vitais para

*[...] valorizar ainda mais a democracia e a importância dos processos coletivos, para valorizar o trabalho, para entender que não estou só e que sou dependente de uma rede que se forma a medida que minhas ações permitem [...] que se forma também em mim, mas muitas vezes não começa em mim. Eu nem sei bem onde começa.*

Apoiadores tecem uma delicada rede entre si, suas práticas e os serviços. Esses agenciamentos sustentam os sujeitos e suas intervenções, tal como reforça uma apoiadora "*[...] ainda bem que temos as rodas da PNH para lembrar o que importa. Poxa, tem a vida das pessoas... Ainda bem que tem o colega para mostrar que dá para fazer diferente.*". Apoiadores, de forma concomitante, mantêm essa rede aquecida e entendem um pouco mais do apoio, da gestão, do trabalho em saúde, da integralidade do cuidado, de democracia institucional, enfim, de seu fazer para a construção do SUS que queremos.

Dentre as inúmeras riquezas dessa experiência em curso, está a já citada Rede HumanizaSUS (RHS). A RHS foi criada em 2008 e funciona como um *blog* colaborativo em que seus participantes exercitam a arte do diálogo sobre o Sistema e a vida no contemporâneo. Na página da Rede HumanizaSUS, encontramos o que pode sintetizar a tarefa da PNH:

*Uma aposta no coletivo. Uma aposta na inteligência coletiva. Uma aposta na constituição de coletivos inteligentes. Aposta no Coletivo HumanizaSUS. Coletivo que se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede. A grande aposta é que essa experiência colaborativa aumente nossa potência coletiva para o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS. (REDE HUMANIZASUS, 2014).*

Numa abertura radical na *web*, a RHS tem se afirmado como um amplo espaço de conversa e de registro de experiências inovadoras pela humanização na saúde. Agrega, desde o seu lançamento, mais de trinta mil pessoas, que em sua grande maioria são anônimos e silenciosos, acompanhando os debates dos usuários mais frequentes. Os novos participantes são prontamente acolhidos pelos editores/cuidadores, que atuam como interlocutores e moderadores das conversas.

Esta experiência é uma

[...] rede de colaboração, que permita o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um (REDE HUMANIZASUS, 2014).

Weber (2012) questionou sobre o que se produzia na RHS entre os seus membros. Ao cartografar as postagens e dialogar com os usuários, deparou-se com a produção de conhecimento, troca de experiência, encontros *on* e *offline*, exercícios estéticos, tensionamentos e práticas de cogestão. Encontrou, neste espaço, a "[...] produção coletiva de um coletivo produtor [...], contrastando com o modo indivíduo valorizado contemporaneamente." (idem, p. 25). E o que ocorre na *web* afeta "[...] os sentidos atribuídos ao trabalho-vida, demonstrando potência do encontro, na esfera *on-line*, para produzir saúde, saudavelmente, reforçando as conquistas mas também reconhecendo os desafios." (idem).

Destacamos que há um acontecimento que produz ressonâncias na *web* e que tem força para transgredir fronteiras até então pré-delimitadas, de modo a agregar sujeitos, que mesmo com posicionamentos divergentes, centram-se no debate de ideias e práticas no e pelo SUS desde 2008. Em sete anos de atividades, houve somente um único caso de usuário banido da RHS que desrespeitou os termos de uso. Em tempos de discussão, em que o suposto anonimato na *web* tem promovido segregação e experiências de humilhação, a RHS e seus membros constroem um caminho diferente. Eis aqui uma aposta, cuja ousadia não tem precedentes na experiência brasileira, e produz uma rede de apoiadores, de um apoio na rede e em rede pelo SUS.

Na perspectiva oficial, a Rede HumanizaSUS serve muitas vezes como sinônimo para a RHS, mas uma apoiadora amplia o sentido e sinaliza o que em nós é comum: "*Rede HumanizaSUS! Hoje ao chegar à reta final deste [curso de]*

*aperfeiçoamento, compreendo o tamanho do significado desta palavra rede. Somos uma rede de apoiadores em busca de um SUS melhor."*

Assim, o desafio da produção do cuidado, para um apoiador:

*[...] não apenas atender ao usuário, não importa em que ponto da atenção ele se encontra ou em que momento de sua trajetória em dado território, precisa dar conta de construir um novo desenho do cuidado/novas práticas e, de forma articulada e simultânea, mobilizar os trabalhadores para construção desse novo modelo.*

A rede proposta pela PNH é acêntrica e não hierárquica, ou seja, não está mais centrada na doença, no médico, no medicamento ou no hospital, e busca a produção de ações que efetivem a integralidade e a intersetorialidade, já que "[...] a complexidade não tem endereço fixo", segundo Righi (2010, p. 65). Não há técnicas ou protocolos que deem conta das vicissitudes do viver. É a ética que nos faz inventar modos de lidar, cuidar, conviver e, a partir dela, encontrar brechas para a produção de saúde e de sujeitos.

A complexidade, nesta outra perspectiva de compreender a rede, está colocada na finalidade de fazer saúde junto com o outro, não para o outro, na produção do cuidado, autonomia e democracia. Estas foram, em nossa experiência e nos diálogos com os apoiadores da PNH, configurando-se como alta complexidade: os dilemas éticos que trabalhadores enfrentam no cotidiano dos serviços e a produção de uma rede que sustenta o compromisso com a defesa da vida de qualquer um.

Uma apoiadora, após passar pelas rodas da PNH, se implica: "*[...] faço parte dessa rede*". Entretanto, destaca um aspecto fundamental para que as mudanças ocorram: "*[...] vejo a necessidade de os apoiadores precisarem de outros apoiadores para que essa política não fique só no papel.*".

A narrativa acima evidencia a importância de movimentos coletivos nas diversas instâncias do SUS. O apoio não se faz de forma solitária e heroica, e sim solidária e democrática. Uma intervenção, quando acontece, produz muitos desdobramentos. Um apoiador precisa dos demais para manter a roda aquecida, assim como para ampliar a própria capacidade de análise e de transformação no que causa sofrimento patogênico no trabalho. O trabalho em saúde é encontro, não acontece sem o usuário. E este sujeito, quando chega a um serviço, traz consigo um mundo que não pode mais ser ignorado.

Nos encontros, experimentamos a potência de estar juntos: "[...] todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades" (TEIXEIRA, 2004). Eis um comum a ser fabricado na relação entre trabalhadores e usuários, entre apoiadores, entre serviços de saúde, e para além deles, como estratégia para enfrentar o controle e a dominação que caracterizam o contemporâneo, sintetizadas por Teixeira como "epidemias de desigualdade, [...] violências, [...] medos, [...] estados depressivos", enfim, inúmeras "[...] formas de diminuição da potência dos indivíduos e dos coletivos" (idem), arquitetadas pelo projeto neoliberal.

Ressaltamos, ainda, mais um impasse vivido por muitos membros do Coletivo Nacional da PNH sobre o tempo e a manutenção do apoio para a construção de uma rede de apoiadores. O HumanizaSUS, via Câmara Técnica de Formação, preocupou-se com os apoiadores formados ao longo dos anos. Os coletivos regionais possuem a tarefa de sustentar os projetos de intervenções disparados pela Política. Entretanto, alguns consultores defendem que os próprios apoiadores precisam se organizar para a manutenção das rodas, e que cabe ao Ministério da Saúde dispará-las, cuidar nos primeiros momentos e depois acompanhar de longe. Há os que apontam que a saída dos consultores enfraquece os grupos, sendo necessário acompanhá-los por mais tempo. Os aspectos levantados enfatizam uma sutileza: a duração do apoio para manutenção dos movimentos instituintes. Qual o tempo de apoio necessário para que um grupo possa se considerar como tal e caminhar com suas próprias pernas? De que outra temporalidade precisamos habitar para avançar na saúde como valor inegociável?

Neste exercício de tomar a PNH como obra aberta, como caminho e processo para as necessárias transformações no SUS, os questionamentos sobre a potência dessa aposta coletiva ainda são muitos. Somamos as questões já sinalizadas com as de Benevides (2013):

Como avançar num processo de expansão sustentável contando com as redes tecidas no setor saúde, mas também para além dele? Como fazer do apoio institucional cada vez mais um compromisso com a autonomia dos diferentes grupos e atores, sem que isto signifique uma passagem para os projetos narcisistas e meramente autorais? (BENEVIDES, 2013).

## 2.10- CADÊ OS USUÁRIOS?

No final de 2011, uma consultora recém-chegada destacou em uma reunião do Coletivo Nacional: *"Isto parece uma conversa de gestores!"*. O comentário nos incomodou, assim como aos demais, pela precisão e porque sabíamos que, embora as tentativas fossem muitas, os usuários pouco estavam presentes nas ações apoiadas pela PNH.

Já estávamos no processo de escrita deste texto quando nos deparamos, novamente, com este analisador: os usuários não foram ouvidos por nós. Nos documentos finais/narrativas, não conseguimos identificar a perspectiva do usuário, se é que havia algum. De nossa experiência no HumanizaSUS, conhecemos somente uma apoiadora/usuária e com ela tivemos bons encontros. Na tentativa de escutá-la, já em 2013, sugerimos o convite para a reunião de trabalho da Pesquisa "Áreas programáticas e direito à saúde: construção da integralidade do apoio institucional", do Laboratório de Pesquisa sobre práticas de integralidade em saúde (Lappis/UERJ) em parceria com o Ministério da Saúde, sobre as ações de apoio na Região Centro-Oeste. Apesar da tentativa, a apoiadora/usuária perdeu o voo, e os interessados em escutá-la se multiplicaram.

Apesar dos avanços legais que primam pela participação da comunidade para o funcionamento do SUS, não é raro o usuário ainda ser reduzido à condição de passivo e subserviente. As diretrizes da PNH cogestão, acolhimento e clínica ampliada visam nortear a construção de novas práticas em saúde. Essas mudanças, quando acontecem, transformam as relações entre usuário e trabalhador, entre serviço e comunidade. O trabalhador passa a enxergar seu cotidiano diferente e o usuário não está mais tão só em seu adoecimento. Almeja-se uma relação entre sujeitos.

Um apoiador explica que ele e seus colegas conquistaram

*[...] pequenas mudanças mas que são significativas para o usuário e para o trabalhador, como ampliamos o número de visitas no hospital, privacidade do paciente com a separação dos leitos com cortinas, reuniões de orientação aos acompanhantes e visitantes.*

Antes de participar do curso da PNH, a apoiadora abaixo, trabalhadora de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conta que o seu

*[...] trabalho era mecânico, sem parar para pensar no indivíduo [...] isso acontecia pela demanda excessiva, pela falta de tempo. Um exemplo que para mim foi muito interessante era a falta de acolhimento por minha parte. A família das crianças internadas em minha unidade não entravam [...] não cedia as solicitações de avós na liberação da 1ª visita de 5 minutos para conhecer o neto... Eram regras, normas e não podiam ser quebradas.*

E conclui sua narrativa contando que

*[...] após conversa com a chefia imediata, conseguimos ajuda dos colegas para abrir a visita para outras pessoas também, sendo de escolha do pai ou da mãe quem virá visitar o filho. A elaboração de uma cartilha explicativa também foi um ganho para quem não conhece a unidade, além da caixa de sugestões para saber o que estão achando daqui.*

O usuário, familiares e amigos trazem aos serviços uma dimensão da vida que as condutas técnicas, os protocolos, as rotinas enrijecidas e os excessos de trabalho tentam anular. Segundo uma apoiadora: "*[...] é muito fácil ser profissional, mas lembrar de que somos humanos e que cuidamos de seres humanos é muito difícil.*".

O encontro com o usuário é imprescindível, seja na abertura para o diálogo promovendo relações menos hierárquicas na assistência ofertada, seja na participação, formulação, condução e fiscalização das políticas através das instâncias de controle social. O SUS que queremos, aquele que almejamos sonhar e pelo qual trabalhamos, porta um ousado convite para a construção de outros lugares a serem ocupados pelos envolvidos.

Os novos patamares, ali onde cidadania e saúde caminham juntas, são realçados por mais uma narrativa que nos marcou. Um apoiador contou que: "*[...] por alguma razão, quando um usuário chama a polícia, o gestor [do serviço] fica do lado do usuário.*". Este fato, colocar-se ao lado de alguém para garantir o acesso a um direito constitucional, foi narrado como uma novidade, mas que precisa se tornar ordinário.

Mobilizar os usuários como parceiros ativos da PNH era também uma preocupação de vários membros do Coletivo Nacional, ganhou relevância com o tempo e, já em 2013, passou a ser objetivo da Frente de Mobilização Social. A Frente visava organizar atividades para promover a aproximação com os usuários, sejam eles organizados ou não.

Dentre os desafios, o grupo de apoiadores da PNH que lidera a Frente de Mobilização destaca:

[...] a maior delicadeza será aquela da aproximação efetiva e compositiva. Enquanto Movimento que somos - o HumanizaSUS e os Movimentos Sociais organizados em questões de gênero, etnias, sexualidade, etc. -, temos o desafio de construir um Comum em termos de luta pela garantia do direito à Saúde integral e resolutiva, e por todos os demais direitos sociais expressos em outras políticas. (PAVAN et al., 2013).

De nossa experiência na PNH, realçamos abaixo duas agendas da gestão federal que contam mais alguns momentos da história do HumanizaSUS e sinalizam os desafios para garantir a participação de usuários e usuárias, de forma concreta, na produção de saúde e vida. Estas ações nos convocaram a exercitar o pensamento e a ação para além do previsto e denunciam os assujeitamentos sutis e deliberados a que estamos expostos.

Trazemos abaixo fragmentos das atividades da PNH na luta pela humanização do parto e do nascimento. A parada seguinte será composta pelas ações da Política na interface com a Saúde Indígena, com destaque para os alinhamentos construídos através do Apoio Integrado. Como enfatiza a narrativa de uma apoiadora, a ausência do protagonismo das mulheres e o desrespeito à singularidade dos povos tradicionais, "[...] *mexem com o [nosso] senso de justiça. É muita violência...*".

Antes de iniciarmos as próximas histórias, de antemão um aviso: as pausas serão mais longas que as anteriores.

## **2.11- "ENTREI LAGARTA E SAI BORBOLETA" - A LUTA PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO**

Na busca por superar as desigualdades regionais e atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso assumido pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas (ONU), está o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal de 2009 a 2011. Para diminuir as altas taxas de mortalidade, o governo federal em comum acordo com os estados da federação, assinou um termo de cooperação e pactuou inúmeras ações. É neste

rol que estava o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais<sup>38</sup> (PQM) que foi coordenado pelas Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Aleitamento Materno e PNH, no Ministério da Saúde. (BRASIL, 2010, 2012, 2014).

A Coordenação Nacional da PNH, em conjunto com muitos parceiros, passou a selecionar, formar, apoiar e supervisionar as ações de vinte e um apoiadores e seis supervisores em vinte e seis maternidades prioritárias em dezessete estados brasileiros. Compusemos o grupo da PNH responsável pelas articulações internas no Ministério da Saúde e pelo acompanhamento avaliativo e sistematização dos trabalhos que ocorriam nessas maternidades em 2010 e início de 2011.

No diálogo com apoiadores, supervisores e trabalhadores do SUS da Amazônia Legal e Nordeste, nos surpreendemos com um cenário marcado pelo vazio assistencial, pelas iniquidades em saúde (algumas serão retomadas no capítulo 3) e pelas constantes violações de direitos. Essa experiência deu-nos a dimensão da grandeza e também dos desafios deste país, numa ação da gestão federal que buscava desnaturalizar e enfrentar tantas iniquidades, iatrogenias e expropriações.

Ao longo do Plano de Qualificação, a situação na grande maioria das maternidades apoiadas era desesperadora, emocionando todo o grupo. Os aspectos comuns eram centros obstétricos lotados, sem estrutura para os partos, gestantes sem acompanhantes, muitas mortes não investigadas, excessos de intervenções desnecessárias e equivocadas nos corpos de mulheres e bebês, baixo compromisso com as práticas reconhecidas pela literatura científica, incluindo os hospitais-escolas, trabalhadores e gestores insatisfeitos, sem condições de trabalho e sobrecarregados.

Em muitos desses serviços, as mulheres em situação de abortamento, seja espontâneo ou não, eram, e ainda são, colocadas lado a lado com as que estavam parindo os seus bebês. Essa situação corriqueira sinaliza os julgamentos morais e as punições que ocorriam em detrimento do compromisso ético que se espera do trabalhador de saúde.

As diretrizes organizativas do Plano que visavam produzir mudanças nas redes de saúde e ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos

---

<sup>38</sup> Para melhor compreensão das ações que compunham o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, vide Brasil (2010). Sobre o PQM, sugerimos o capítulo 6 da mesma publicação que foi produzido por Dario Pasche, coordenador da PNH nessa época, por mim e demais participantes do PQM.

envolvidos eram: cogestão; acolhimento em rede e com classificação de risco; direito ao acompanhante de livre escolha da mulher e ambiência. As maternidades que compunham esta ação foram selecionadas por pertencerem à rede SUS, concentrarem altas taxas de mortalidade infantil, apresentavam índices de mais de mil partos por ano e dispunham de Unidade de Terapia Intensiva. (BRASIL, 2010, 2012, 2014).

Para diminuir a mortalidade materna e infantil, como pautou o PQM e como pauta atualmente a estratégia da gestão federal intitulada Rede Cegonha (RC), é necessário enfrentar o "paradoxo perinatal", ou seja, os avanços no acesso aos serviços e às tecnologias em saúde não correspondem a melhores resultados para mulheres e bebês. "Nos últimos 20 anos, houve uma melhoria nos indicadores da saúde materna no Brasil, assim como grande ampliação do acesso aos serviços de saúde. Paradoxalmente, não há evidências de melhoria na mortalidade materna." (DINIZ, 2009, p. 313).

O PQM centrou-se na metodologia do apoio institucional visando promover mudanças na atenção e na gestão para enfrentar esse paradoxo. Reverter o atual modelo assistencial tecnocrático e iatrogênico implica produzir mudanças de várias ordens. As transformações vão desde o lugar ocupado pela mulher e a sua rede social na gestação, parto e nascimento ainda de submissão ao saber biomédico; na compreensão do parto, como evento fisiológico cuja assistência deve centrar-se no protagonismo da mulher e nas boas práticas (OMS, 1996); na alteração dos modos de organizar o trabalho em saúde, que se configura tal como uma linha de montagem; na promoção de diálogos entre os diversos pontos de atenção para a tessitura de uma rede de cuidados; até no enfrentamento radical do machismo, do racismo e das violências obstétricas que fazem profissionais e serviços cometerem atrocidades em nome do (suposto) cuidado; dentre outros aspectos. (PASCHÉ; VILELA; MARTINS, 2010; BRASIL, 2010, 2014).

Enquanto apoiadores e supervisores produziam rodas de conversa nas maternidades para a construção de redes de cuidado na Amazônia Legal e Nordeste, na PNH houve uma mobilização desde o Núcleo Técnico até a produção de interferência nas agendas dos coletivos regionais. Como já citado, um movimento de contágio ocorreu em vários coletivos que passaram a se incluir nas ações pela humanização do parto e nascimento, tais como os Fóruns Perinatais, a inclusão dos

apoiadores do PQM nos encontros dos Coletivos Ampliados e nos processos de formação da PNH nos territórios.

Era preciso fomentar muitas parcerias para alcançar a meta proposta pelo PQM. Além da mobilização interna na PNH, as parcerias construídas foram entre as políticas e áreas técnicas no Ministério da Saúde, entre as maternidades apoiadas e os demais serviços para efetivação de uma rede perinatal, entre os trabalhadores e gestores inaugurando experiências mais democráticas, entre grupo de apoiadores e supervisores, e ainda, na inclusão radical das usuárias e sua rede social como fundamentais para transformação do atual cenário.

As mulheres quando ouvidas levam a concluir que "[...] uma em cada quatro [...] brasileiras que deram à luz em hospitais públicos ou privados relatam algum tipo de agressão durante o parto." (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010). As violências obstétricas são muitas, desde a não garantia da assistência adequada no momento oportuno até os excessos de intervenção sem o respaldo na literatura científica (tricotomia<sup>39</sup>, enema, restrição de dieta, posição supina, episiotomia de rotina, ausência de métodos farmacológicos ou não para alívio da dor, sucessivos exames de toque vaginal e etc.). Somamos ainda os comentários depreciativos que marcam este evento da sexualidade feminina, como exemplos emblemáticos: "*Na hora de fazer, não doeu tanto assim...*"; ou "*Mais um filho?*".

O direito ao acompanhante como diretriz no PQM era uma das estratégias para fortalecer a luta dos movimentos sociais pelo parto como propriedade da mulher e sua família. Na literatura nacional e internacional (BRASIL, 2010, 2012, 2014; OMS, 1996) há acúmulos significativos sobre o acompanhante, como uma tecnologia que empodera as mulheres, protege da violência institucional, influencia no tempo de duração e na satisfação do parto, e ainda, apresenta menores taxas de cesariana e de uso de analgesia e de melhores condições do recém-nascido. Além disso, o acompanhante de livre escolha estava garantido na Lei n° 11.108 desde 2005, embora não esteja efetivado na grande parte das maternidades públicas e também privadas do país.

O lugar ocupado pela gestante e sua família chamou a nossa atenção quando conhecemos um dos centros matriciadores do PQM, o Hospital Sofia Feldman, em

---

<sup>39</sup> Estas são algumas práticas médicas e dentre elas há as que são consideradas nocivas em oposição às boas práticas recomendadas pela OMS (1996). Para detalhamento, sugerimos "O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos", de Andrade e Lima, no Caderno HumanizaSUS (BRASIL, 2014).

Belo Horizonte - MG. Este hospital tem dificuldades de várias ordens, como qualquer outro da rede pública, mas assumiu a tarefa de mostrar que o SUS e a PNH são possíveis de serem concretizados.

A experiência desse hospital está inserida na luta pela humanização do parto e do nascimento compondo o movimento "BH pelo parto normal"<sup>40</sup>. Na capital mineira, há o empenho coletivo pelas boas práticas e pelo protagonismo da mulher durante a gestação desde 2007. Dentre os muitos avanços, construíram uma rede de cuidados centrada no compromisso ético de que *"gestante e criança não peregrinam"* e devem ser acolhidas e avaliadas em qualquer serviço da rede SUS, já que a procura por assistência é sabidamente um dos fatores que contribuem para as mortes desnecessárias.

Em uma reunião de trabalho, o posicionamento do gestor do Sofia Feldman, dr. Ivo, também nos marcou: *"[...] quem infringe a Lei é bandido. Direito é direito. A gente aqui cumpre a Lei"*. O gestor estava se referido ao cumprimento de várias legislações e normativas do SUS, como o direito ao acompanhante antes, durante e depois do parto; direito à assistência segura sem intervenções desnecessárias com respeito à privacidade, escolha de posição, métodos de alívio da dor, contato da mãe com seu bebê (contato pele a pele) e incentivo ao aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido; participação da comunidade em todos os espaços de gestão (colegiado gestor, conselho local, ouvidoria e associação de moradores), dentre tantos outros.

Este é um exemplo de uma equipe que compreende o direito à saúde como inegociável, sendo imprescindível garantir o acesso com segurança às mulheres e crianças que procuram a maternidade. Essa experiência exitosa é reconhecida pelo Ministério da Saúde<sup>41</sup>, além de inspirar e respaldar a Rede Cegonha, que foi criada a partir do acúmulo do PQM, em 2011, para promover mudanças no modelo obstétrico e neonatal de todo o país.

Consideramos o alinhamento ético e as ousadias experimentadas pela equipe do Sofia, como o hospital é carinhosamente chamado, sem precedentes no SUS e que nos deixaram marcas profundas. Das muitas histórias, lembramo-nos de um

---

<sup>40</sup> Vide Lansky (2010) e a página na web: <<http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/>>.

<sup>41</sup> A PNH produziu os documentários "Experiências do SUS que dá certo: Hospital Sofia Feldman e Hospital Odilon Behrens - Belo Horizonte" em reconhecimento aos avanços destes hospitais mineiros (BRASIL, 2010g). Para conhecer as discussões pela humanização do parto e nascimento, vide Cadernos HumanizaSUS (BRASIL, 2014).

gestor da Amazônia Legal que, no término da visita ao referido hospital, comentou: *"[...] entrei lagarta e saí borboleta."*

Na época, ficamos encantadas com a potência daquele serviço em despertar nos sujeitos outros modos de cuidar e ampliar o compromisso com a defesa da vida. Assim como o gestor que saiu borboleta, estamos cientes que o "Sofia" produziu uma intervenção também em nós, sendo recorrente a assertiva de que o hospital mudou a vida de muitos apoiadores que por lá passaram.

Com a experiência mineira e os trabalhadores do SUS de Belo Horizonte, aprendemos ainda que dificuldades financeiras, falta de espaço físico, divergências político-partidárias e outros desafios, são contornados quando há uma equipe comprometida com o enfrentamento desses problemas. Aprendemos que até mesmo as frequentes mudanças no jogo partidário são enfraquecidas, possuindo menos força para desagregar equipes e fragilizar compromissos, quando o movimento é coletivo.

No início de 2010 nas reuniões internas do Ministério da Saúde para discussão do PQM, havia fatos que justificariam o fechamento de um ou outro hospital da Amazônia Legal e Nordeste, caso fosse possível. Mas em muitos lugares, eram os únicos hospitais do SUS disponíveis para a população.

A PNH e as demais áreas técnicas pactuaram as expectativas e os critérios para avaliação com os apoiadores e os supervisores. Os apoiadores junto às maternidades estimulavam os momentos coletivos para construção de plano de ação, sua execução e o monitoramento. Além disso, a cada quadrimestre fazíamos discussões avaliativas sobre os avanços e os obstáculos em cada maternidade, tomando como balizador o próprio serviço no início da ação. No Núcleo Técnico, reuníamos as informações num mapeamento indicando as maternidades que se destacaram, as com avanços significativos e as que apresentavam situações complexas com resultados incipientes. E assim tentávamos promover as articulações também na gestão federal para enfrentar os desafios junto com apoiadores, supervisores e colegiados das maternidades.

Já no final do ano, quando construíamos o relatório avaliativo, tornou-se evidente que os dois mil encontros registrados (rodas, oficinas reuniões, fóruns, visitas técnicas e seminários) produziram mudanças significativas na organização do trabalho. Embora ainda estejamos longe da qualidade almejada, vários dispositivos da PNH passam a compor o cotidiano desses serviços. Sabíamos, a partir dos

movimentos coletivos, onde havia e como estavam os colegiados gestores, as maternidades que garantiam o direito ao acompanhante, as que priorizavam as reuniões de equipe, as conquistas no direito à visita e vinculação, o calendário de reuniões dos fóruns perinatais e as portas de entrada com (e em organização) do acolhimento com classificação de risco.

O Plano contribuiu para dar visibilidade ao HumanizaSUS na gestão federal. Os feitos e efeitos dos apoiadores nas maternidades ganharam destaque em reuniões coordenadas pelo gabinete do Ministro. Nesse processo, importantes apoiadores da PNH migraram para área técnica da Saúde da Mulher e para o Departamento de Ações Programáticas e foram construir a estratégia da Rede Cegonha, que toma como desafio a mudança do modelo assistencial em todo o país. Ousamos supor que o Apoio Integrado, outra ação da gestão federal já citada e que discutiremos a seguir, de algum jeito também foi influenciado pelas experiências de Apoio que, embora tenham sido iniciadas em 2003, estavam em efervescência no Ministério da Saúde naquele momento.

Essa mobilização promoveu a ampliação do debate sobre a humanização do parto e nascimento, que, até então, estava restrito às áreas técnicas da Saúde da Mulher e da Criança, ganhando espaço e força nas reuniões internas e nas ações apoiadas pela PNH. Um apoiador sintetizou o ocorrido como: "[...] a PNH engravidou a Saúde da Mulher", ou seja, marcou-a com a radicalidade da democracia para produção de mudanças na atenção e na gestão, fomentando movimentos coletivos com a inclusão dos atores para a construção de parcerias e de alinhamentos éticos pela vida de qualquer mulher, de qualquer criança.

Apontamos também que a temática tem uma força impressionante de mobilizar atores, tais como o Ministério Público que contribuiu para as organizações dos Fóruns Perinatais e as audiências públicas; os inúmeros profissionais e pesquisadores, sem vinculação institucional com o Ministério da Saúde, que colaboravam com seus conhecimentos técnicos em palestras por vídeos-conferência; e ainda, merece destaque o decisivo papel exercido pelos militantes dos movimentos sociais, principalmente os que compõem a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), como pioneira desta luta há mais de duas décadas.

Existem delicadezas na humanização das práticas em saúde, aqui em especial no parto e no nascimento, assim como muitas outras discussões nas quais

a PNH busca desnaturalizar e intervir, que não são possíveis de serem transformadas por decreto e tampouco estão limitadas à transmissão de conhecimento técnico. Num mundo marcado pela rapidez e pelos avanços tecnológicos, a produção de cuidado que nos interessa continua relacionada à capacidade de escuta, acolhimento, diálogo, experimentação, enfim, à combinação de tecnologias leves e leve-duras que dão vida ao trabalho em saúde (MERHY, 2005) e no alinhamento ético-político que fortalece o compromisso radical em defesa da vida (CAMPOS, 2005) de qualquer um/uma.

Em uma das reuniões de avaliação, uma apoiadora relembra o início do Plano de Qualificação, quando um importante gestor do Ministério da Saúde deu um recado ao grupo: *"Não me venham fazer festinha com a morte das crianças."* A apoiadora comenta que a fala do gestor estava entalada em sua garganta, assim como na de muitos apoiadores, e que o cenário, ainda desolador em muitos lugares, nem de longe era o mesmo. O PQM mostrou a força do apoio e da pactuação interfederativa na construção de inúmeras parcerias pela dignidade de mulheres e crianças.

As ações da gestão federal estão melhorando os indicadores de saúde materno e infantil, mas o ritmo da queda ainda não é compatível com este país que ocupa um lugar de destaque entre as dez potências econômicas do mundo. Sinalizamos aqui mais uma situação paradoxal: desenvolvimento econômico e social ora caminham juntos, ora não.

Para enfrentar mortes injustas e evitáveis é necessário alinhar inúmeras forças com o objetivo de qualificar e transformar práticas e ações ofertadas pelo SUS e também na Saúde Suplementar. Os muitos militantes que conhecemos afirmam que a pauta tem se fortalecido com o passar dos anos. Vivemos uma mudança paradigmática e muitos de nós entraram lagartas e saíram/sairão borboletas da experiência do PQM, das ações da Rede Cegonha que está em andamento no país, e inclusive das rodas de conversa da PNH. Como comentou uma apoiadora "[...] *esta Política muda a gente... não dá mais para ver tudo isso e não fazer nada.*"

Um pouco da história do PQM foi contada por alguns dos muitos apoiadores, supervisores, gestores e parceiros no Caderno HumanizaSUS - parto e nascimento (BRASIL, 2014), do qual participamos ativamente. Além desta publicação, há

inúmeras postagens na Rede HumanizaSUS sobre a experiência que mobilizou incontáveis trabalhadores do e pelo SUS.

Consideramos assim que a luta pela humanização do parto e nascimento é um movimento que não pode estar restrito à pauta das mulheres que são ou serão mães, pois se trata de Direitos Humanos violados no cotidiano dos serviços de saúde, que fragilizam a noção de cidadania e empobrecem a vida de todos nós.

## **2.12- "NADA SOBRE NÓS SEM NÓS" - APRENDIZADOS A PARTIR DO APOIO NA ARTICULAÇÃO ENTRE O HUMANIZASUS E A SAÚDE INDÍGENA<sup>42</sup>**

No Brasil todo mundo é índio,  
exceto quem não é.

Viveiros de Castro

A vulnerabilidade, a violação de direitos e o descaso com os diferentes modos de administrar a vida dos povos indígenas brasileiros, principalmente em Mato Grosso do Sul, chamam a nossa atenção. Faremos abaixo algumas considerações sobre momentos da história da PNH na interface com a Saúde Indígena. Além disso, discutiremos a nossa experiência como apoiadora do HumanizaSUS, compondo o grupo de apoiadores do Ministério da Saúde para o Mato Grosso do Sul na estratégia Apoio Integrado (BRASIL, 2011), na qual a Saúde Indígena ganhou relevância coletiva.

As ações foram curtas do ponto de vista cronológico e frente aos desafios para se avançar no respeito às especificidades indígenas, em especial para esta reflexão os povos Guarani e Kaiowá da região de Dourados - MS. Entretanto, os apoiadores do Ministério da Saúde, alguns destes com muitos anos na gestão federal, sinalizaram dois importantes aspectos para nossa discussão: *"Nunca estivemos tão alinhados"* e *"Não sabia que a PNH podia ser tão concreta."*

---

<sup>42</sup> Esta experiência foi apresentada em um encontro do Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/UERJ), dias 8 e 9 de agosto de 2013, em Cuiabá - MT. Alguns fragmentos deste subitem estão na publicação "Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional" (PINHEIRO et al., 2014).

### 2.12.1- O APOIO INTEGRADO

O Ministério da Saúde, a partir de 2003, iniciou um processo de formulação e implantação do apoio institucional. Na época, uma das experiências foi o Apoio Integrado à Gestão Descentralizada que promoveu a cooperação técnica entre as diferentes esferas de governo, com o envolvimento e a participação de várias áreas ministeriais no fortalecimento da gestão (BRASIL, 2004). De forma concomitante, o HumanizaSUS passou a utilizar o apoio como dispositivo para a produção de mudança no modelo de atenção e gestão vigente.

Novamente em 2011, o apoio ganhou força político-institucional na busca por melhorar a articulação entre as Secretarias da gestão federal e no fomento ao processo de cooperação interfederativa para a qualificação do SUS, denominado como Apoio Integrado. Houve um consenso entre importantes dirigentes do Ministério da Saúde, uma vez que "[...] não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar o como deve ser feito." (BRASIL, 2011, p. 16).

A PNH, nessa época, foi uma das políticas convocadas a contribuir com o Apoio Integrado, auxiliando na construção de uma rede cooperativa entre as esferas de governo. As diretrizes do Plano Nacional de Saúde 2012 - 2015 e o Decreto n° 7.508 de 2011, que orientam a formulação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) no fortalecimento das redes de atenção prioritárias, são os norteadores dessa estratégia.

A gestão federal, assim como as demais instâncias que compõem o SUS, constitui-se como um campo de disputas e tensões, não sendo um todo homogêneo. Arranjos foram criados para a promoção de espaços de diálogo, aumentando a capacidade de análise e intervenção do Ministério da Saúde. Passaram a ser frequentes reuniões, grupos de trabalho, oficinas temáticas, agendas internas e nos Estados.

Um novo ritmo de trabalho ganhou força com a montagem e funcionamento dos grupos condutores das redes temáticas. Foi nesses espaços que a discussão sobre o apoio se apresentava de forma heterogênea, onde os atores tinham diferentes compreensões dessa tarefa. Embora, na época, houvesse a coordenação compartilhada do Apoio Integrado, os inúmeros trabalhadores do Ministério refletiam

sobre a diversidade de interesses e as divergências de compreensão no mesmo processo.

Dentre as mudanças na máquina Ministério da Saúde, o Apoio Integrado induziu a organização de um grupo de referência por Estado da federação<sup>43</sup>. As diversas políticas e áreas técnicas passaram a organizar-se para constituir um grupo de apoiadores. E foi assim que os apoiadores para o Estado de Mato Grosso do Sul, em especial para nossa discussão, iniciaram um processo de encontros periódicos, visando a construção de um plano de ação, a partir da análise dos desafios daquele território e com foco nas redes prioritárias.

Um dos primeiros desafios foi produzir um alinhamento entre os próprios apoiadores. Essa estratégia trouxe, além dos aprendizados, pontos de tensão e disputa, uma vez que a coerência institucional almejada não se faz por decreto. Era preciso ser construída e fomentada pelos sujeitos que a compõem na tentativa de mudar os modos fragmentados da máquina funcionar, que mantinham a baixa e difícil articulação desde as áreas técnicas até as diferentes Secretarias.

Incluímos também o desafio de ter objetivos de trabalho comuns e que somente seriam alcançados a partir do funcionamento coletivo. Assim, o grupo de apoiadores foi convocado a priorizar as agendas conjuntas em detrimento das ações e agendas específicas, tarefa que não se resolve por normativa e tampouco com o consenso dos altos níveis de gestão. O exercício da composição implicava empenho, coordenação compartilhada e disposição para negociação, desafios que se colocam atuais para o SUS.

O apoio foi configurando-se em uma tarefa coletiva produzida em ato. Com isso, reafirmamos que, embora não tivesse uma combinação *a priori*, o grupo de apoiadores foi percebendo que havia um alinhamento ético entre seus membros na busca por diminuir as iniquidades em saúde. E foi assim que a pauta da Saúde Indígena, ao ser problematizada nas reuniões internas, ganhou relevância como ponto nevrálgico para alguns apoiadores do Ministério da Saúde para o Mato Grosso do Sul.

---

<sup>43</sup> O Ministério da Saúde previa equipes de referência compostas por apoiadores do Departamento de Articulação de Redes, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Articulação Interfederativa e HumanizaSUS. Além disso, as equipes contavam com os apoios da Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Saúde Mental; Vigilância em Saúde; Saúde Indígena; Projeto QualiSUS, dentre outros.

## 2.12.2- A PNH E A SAÚDE INDÍGENA

Há bons encontros no percurso da PNH e da Saúde Indígena. No início do HumanizaSUS, de 2004 a 2007, a Política manteve ações nas Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI). O foco era a montagem de grupos de trabalho para a discussão e intervenção na ambiência.

A ambiência, como uma das diretrizes da PNH, visa promover rodas de conversa para repensar e adequar os espaços físicos a partir das necessidades de quem os habita, fazendo-os vivos e promotores de saúde. O respeito às especificidades das etnias de cada região requer uma escuta para a importância de adequações como, por exemplo, redes de balanço, hortas e espaço para práticas religiosas. Esta parceria da PNH na qualificação das CASAI mereceu destaque no relatório em comemoração aos 10 anos da Lei Arouca (BRASIL, 2009).

A Lei nº 9.836, de 1999, homenageia o sanitarista Sérgio Arouca pela luta em defesa da saúde diferenciada aos povos indígenas e criou o Subsistema de Saúde Indígena, cabendo ao SUS garantir a atenção à saúde nessas comunidades. O Subsistema é composto por trinta e quatro Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que respeitam o território étnico-cultural e não correspondem aos limites geográficos de municípios e estados. O Subsistema foi, até 2010, de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e, no final daquele ano, ocorreu a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A nova Secretaria passou a ter a gestão das ações de saúde aos povos indígenas.

No Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, discutido há pouco, as ações realizadas na atenção a estes povos eram consideradas transversais a todas as políticas e programas do Ministério da Saúde. Embora ações tenham sido desenvolvidas, não havia articulação com o grupo do PQM para a construção de um olhar sensível às especificidades das gestantes e crianças indígenas. Marcamos aqui a fragmentação e a baixa articulação desde o Ministério da Saúde até os demais serviços da rede e reiteramos, em conjunto com os muitos trabalhadores, que as ações de saúde indígena, embora passadas duas décadas e meia de SUS, ainda continuam restritas à SESAI, outrora a FUNASA.

Antes da constituição do Apoio Integrado, a PNH já trabalhava em articulação com a SESAI para que essa temática ganhasse força, incluindo os trabalhadores da

Saúde Indígena nas rodas de conversas, cursos de formação e demais ações do HumanizaSUS a partir das ações dos territórios apoiados.

Citamos duas agendas importantes neste período. Em articulação com a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e com a SESAI, compusemos o grupo responsável pelas oficinas sobre "Etnicidade e Humanização em Saúde Indígena"<sup>44</sup>, realizada em Tabatinga - AM no mês de agosto de 2011. As oficinas buscavam fortalecer o entendimento e o respeito à singularidade dos povos tradicionais, por meio da construção de espaços de discussão sobre a saúde dessas populações, favorecendo a identificação de desafios e proposições para a qualificação do cuidado oferecido pelo SUS.

Nas atividades com representantes da etnia Ticuna (ou Tikuna), com trabalhadores e gestores, compreendemos um pouco mais sobre os desafios do acesso à saúde na região amazônica. Usuários e trabalhadores nos contaram sobre as dificuldades logísticas como as longas distâncias a serem percorridas por horas, de barco ou avião, para encontrar um ponto de atenção; os desafios na comunicação com os estrangeiros (haitianos, peruanos e colombianos), além dos Ticunas e inúmeras outras etnias do Alto Solimões que chegavam ao único pronto-socorro da cidade de Tabatinga.

Aprendemos com os Ticunas, o mais numeroso grupo étnico do país, que é necessário fazer um "*ajuri*" para que algo possa acontecer entre nós e por nós. O "*ajuri*" é uma prática coletiva, como um mutirão em que são reunidos amigos e parentes para que juntos façam uma casa, um barco ou uma roça. Em meio às atividades, uma liderança explica aos presentes, primeiro no idioma Ticuna e depois em português, que a PNH estava propondo que, para o SUS avançar, é necessário fazer um "*ajuri*".

Outra importante parceria entre a PNH e a SESAI estava em construção, e, no momento da escrita deste texto, há inúmeras ações em andamento, com o "Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas"<sup>45</sup>, de 2011.

---

<sup>44</sup> As oficinas integravam as ações do Programa Conjunto Segurança Alimentar e Nutricional de Mulheres e Crianças Indígenas (PC SAN), organizado pelas Nações Unidas em conjunto com o governo brasileiro. Mais informações, vide Relatório de Atividades (BRASIL, 2011c) e a postagem na Rede HumanizaSUS: <<http://www.redehumanizasus.net/12255-a-saude-indigena-no-alto-do-rio-solimoes>>.

<sup>45</sup> O Projeto e mais algumas informações sobre a parceria entre a PNH e a SESAI estão disponíveis na Rede HumanizaSUS na postagem de Oliveira (2013): <<http://www.redehumanizasus.net/62546-apoiadores-mapeiam-mortalidade-infantil-e-materna-em-populacao-indigena>>.

O Projeto de Apoio passou a selecionar, formar e incluir apoiadores nos distritos prioritários que concentravam altas taxas de mortalidade infantil.

Os apoiadores da SESAI, alinhados com a PNH, tinham a tarefa de trabalhar com os DSEI na reorganização e na qualificação das ações de atenção primária e no fomento à articulação com as demais instâncias do SUS para garantir a integralidade do cuidado. Além disso, o apoiador da SESAI passou a compor as agendas do Apoio integrado no fortalecimento das redes temáticas e pautava a necessidade de um olhar diferenciado.

Esses são alguns aspectos que contribuíram para a aproximação da PNH e da SESAI, facilitando o diálogo entre consultores e promovendo espaços e agendas em prol dos objetivos comuns, ou seja, avançar na qualificação das ações de saúde. Embora soubéssemos que as ações eram indigenistas, pautadas de forma excessiva no processo de saúde - doença ocidental, buscávamos estar em composição com os rituais de cura, as crenças e os valores que fundamentam a medicina tradicional de cada povo.

### **2.12.3- COSTURAS POSSÍVEIS EM UM CONTEXTO COMPLEXO**

O cenário na gestão federal, a partir de 2011 com o Apoio Integrado, trazia indicativos do alinhamento entre as políticas e os atores para o fortalecimento do SUS. Entretanto, o contexto brasileiro para as discussões dos direitos dos povos indígenas não se apresentava como favorável, e as violações são conhecidas nacional e internacionalmente.

Há mais de uma década, o Conselho Indigenista Missionário publica relatórios que denunciam a "Violência contra os povos indígenas no Brasil" (CIMI, 2011, 2011b, 2013) e aponta:

Assassinatos, ameaças, morte de crianças, racismo, vulnerabilidade em saúde e nutrição, agressões ao meio ambiente, precariedades de toda sorte: são estes, entre outros, os fatores que compõem a violência e a violação de direitos que atingem boa parte da população indígena que vive em terras brasileiras. (RANGEL, 2011, p. 12).

O Mato Grosso do Sul possui a 2º maior população indígena do país. São mais de setenta mil habitantes divididos em nove etnias reconhecidas, e na região

de Dourados, são mais de treze mil pessoas. Os indígenas fazem parte do cotidiano da cidade, sendo impossível não enxergar as constantes violações de direito e o genocídio, em decorrência das disputas de terras, que marcaram as últimas décadas.

Neste Estado, os registros e o crescimento do suicídio, assim como o aumento das taxas de homicídios, de desnutrição, de assassinatos de líderes indígenas, com o sumiço de seus corpos na constante disputa de terras, entre outros aspectos, são constantes nas publicações científicas desde 1990 (BOM MEIHY, 1991; CIMI, 2011, 2013). É o Estado da federação que ocupa o desonroso 1º lugar em assassinatos de indígenas no país (CIMI, 2013), aspecto já naturalizado que conta com a convivência coletiva e com a omissão do poder público.

O olhar dos apoiadores do Ministério da Saúde tinha um foco especial para a região de Dourados, em decorrência dos investimentos do Projeto QualiSUS na fronteira internacional entre Ponta Porã, município da Região de Dourados, e Pedro Juan Cabalero, no Paraguai. E, nesta região, o panorama ganha proporções de guerra: "Com uma taxa de homicídios de 100 por 100 mil pessoas, maior que a do Iraque, e quatro vezes maior do que a taxa nacional, o povo Guarani e Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, enfrenta uma verdadeira guerra contra o agronegócio." (RANGEL, 2011, p.14).

É uma tragédia anunciada (e ignorada) nas altas taxas de homicídios, de desnutrição infantil, de casos de suicídios e de indígenas cumprindo pena no sistema carcerário (CIMI, 2011b). Esses são alguns dos indicadores das péssimas condições de vida dessas pessoas e que sinalizam o compromisso político com o desenvolvimento econômico e com o agronegócio, em detrimento da vida de povos que aqui estão há bem mais de quinhentos anos.

Para Duprat (2010), vice-procuradora geral da República, o Brasil não possui um "[...] diagnóstico da violência contra os índios: quantos índios estão presos, onde eles estão", e somado a isso: "Dourados é talvez a maior tragédia conhecida na questão indígena em todo o mundo."

Das muitas histórias que guardamos, alguns momentos ilustram o tamanho da empreitada na busca por apoiar a produção de saúde junto com as pessoas envolvidas e não para elas, tal como a PNH vem construindo seu percurso, como uma política que se pretende cada vez mais pública. Assim, em que pese o

complexo cenário de constante violação de direitos, o Apoio Integrado pretendia mais do que constatar um estado de coisas.

Ao longo das reuniões e demais atividades de trabalho, foram-se produzindo alguns efeitos, sendo o principal deles um alinhamento ético que buscava fortalecer a pauta da Saúde Indígena e incluir o respeito a esses povos nas redes prioritárias, principalmente para este recorte, na humanização do parto e nascimento fomentado pela Rede Cegonha.

Nas agendas do Apoio Integrado e, posteriormente, com a criação do grupo condutor da Rede Cegonha, passamos a conversar sobre as mulheres das etnias Guarani e Kaiowá<sup>46</sup> e sobre como promover a inserção delas nas rodas da Rede Cegonha. As singularidades são muitas, mas destacamos que a Reserva Indígena de Dourados (RID) está a poucos quilômetros do centro urbano, e um dos aspectos dessa proximidade é que há indicativos de que os partos são, desde o final da década de 1980, em maioria, hospitalares<sup>47</sup>.

Uma ideia recorrente e que foi tomada como um analisador em uma reunião do Apoio Integrado era sintetizada por "*o SUS é para todos*". Essa afirmação, ao ser problematizada, sinalizou a força do discurso unificador, homogeneizante e etnocêntrico que não contemplava as características deste território.

Se por um lado, os apoiadores trabalhavam para construir um sistema que garantiria o direito à saúde universal, de forma concomitante, por outro, era necessário avançar em discussões e ações pelo respeito às especificidades étnicas. Ao longo das conversas, houve a compreensão de que não havia modos de qualificar a atenção sem considerar a cosmologia e as diversas concepções de corpo, saúde e cuidado dessas pessoas. A universalidade do SUS não pode se sobrepor à equidade, são dimensões ético-políticas que se complementam na perspectiva da saúde como direito de cidadania. Assim, a produção de saúde se faz, inseparavelmente, alinhada com as singularidades dos modos vida.

Nas reuniões do grupo condutor da Rede Cegonha, em conversa com os apoiadores do Ministério da Saúde, trabalhadores do SUS e, inclusive, trabalhadores

---

<sup>46</sup> Na região de Dourados estão três grupos étnicos: Guarani Nhandeva, Guarani Kaiowá e Terena. Faremos referência somente as pessoas e as problemáticas que tivemos mais proximidade, os Guarani e os Kaiowá, como eles se autodenominam em Mato Grosso do Sul.

<sup>47</sup> Alguns depoimentos feitos ao pesquisador Meihy, em 1991, sobre a vida e a morte dos Guarani e Kaiowá de Dourados apontam que os partos já naquela época eram hospitalares. Desde 1963 há um hospital filantrópico nos limites da terra indígena que atende exclusivamente essa população. Além disso, os dados da SESAI, de 2005 a 2011, indicam o crescimento dos partos por cesárea. No ano de 2011 95% dos partos foram hospitalares (BRASIL, 2012b).

da Saúde Indígena, outra afirmação também chamava atenção. Era recorrente o discurso sobre a rapidez da evolução do trabalho de parto das mulheres Guarani e Kaiowá.

Na função de apoiadora, éramos convocadas a indagar o que se apresentava como óbvio e estranhar as práticas e os discursos hegemônicos. Questionava-nos sobre a possibilidade dessas mulheres vivenciarem as dores do parto, assim como demais emoções deste momento, de forma singular; se não demoravam mais a chegar ao hospital pela distância a ser percorrida, dificuldade e espera de transporte, diferentes modos de compreender o evento, entre outros fatores pouco conhecidos por muitos trabalhadores e gestores.

A participação das pessoas no cuidado e na gestão do SUS tem sido defendida pelos movimentos da reforma sanitária e movimentos indígenas e indigenistas. Mas as relações em saúde ainda estão marcadas pela histórica dissimetria entre usuários e trabalhadores, pelo abuso de jargão técnico e pela ausência de diálogo. Além de produzir mudanças nas práticas hegemônicas, o desafio amplia-se, já que essas mulheres são falantes do guarani, embora muitas também se comuniquem em português. O idioma diferente traz desafios para o trabalho em saúde e o intérprete faz-se essencial para que o direito à saúde não esteja restrito ao acesso aos procedimentos biomédicos, mas tomado como indissociável do direito à informação, participação e comunicação.

Mais um desafio na tarefa do apoio é habitar o não-saber e conviver com as incertezas de uma tarefa para a qual não há garantias. Embora estivéssemos entre técnicos do Ministério da Saúde, dentre eles, trabalhadores da SESAI cuja experiência é de uma riqueza impressionante, as incertezas eram muitas e, de forma coletiva, foi-se produzindo a importância de conversar com as mulheres.

A Rede Cegonha, com seu conjunto de apoiadores, tem trabalhado para mudar o atual modelo tecnocrático, onde o corpo feminino é interpretado como fundamentalmente defeituoso e requer intervenções biomédicas. Reiteramos que para diminuir a mortalidade materna e infantil faz-se necessário enfrentar o "paradoxo perinatal", tal como já apontamos acima.

Há delicadezas aqui, assim como muitas outras nas quais o Apoio busca intervir, que não são transformadas por decreto e tampouco limitadas à compreensão hegemônica do mundo. Além disso, os questionamentos ainda são muitos, mas, passada essa experiência profissional, ousamos supor que, assim

como as mulheres não-índias clamam pelo fim da violência obstétrica<sup>48</sup>, as mulheres Guarani e Kaiowá também se sentem acuadas pelas rotinas e silenciadas por todo aparato hospitalar, com os excessos de intervenções e modos assépticos de fazer saúde. O parto e o nascimento, como eventos fisiológicos, não estão destituídos de aspectos de cunho social, familiar, étnico e cultural, embora os 'olhos do colonizador' nada ou pouco enxerguem do mundo que há para além de um corpo biológico e da racionalidade biomédica.

Ressaltamos ainda que o acesso e a melhora na qualidade da assistência à saúde são reivindicações das próprias Guarani e Kaiowá em seus espaços políticos de discussões, as grandes assembleias denominadas como *Aty Guasu*<sup>49</sup>. Outra exigência é pela garantia do intérprete nos serviços do SUS. Esses povos lutam pelo respeito e pela "saúde diferenciada", como propõe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas desde o ano de 2002, além da garantia aos preceitos constitucionais.

Entre os apoiadores discutíamos sobre as necessidades e os desafios de se produzir diálogos sobre as condutas técnicas, pedir o consentimento da mulher antes de sua realização, informar e respeitar os direitos, desde o direito a outras posições na hora do parto (que não a posição supina), ao acesso aos métodos não-farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, ao acompanhante de livre escolha e, ainda, o direito a ter aspectos étnicos respeitados<sup>50</sup>.

Certa vez, uma apoiadora da SESAI perguntou a uma liderança sobre a importância da devolução da placenta para a mãe após o parto<sup>51</sup>. A liderança respondeu que esse ritual já não era praticado pelas indígenas da região de Dourados. Ficamos novamente tomadas pelas dúvidas sobre o que responderiam as próprias mulheres sobre isso.

---

<sup>48</sup> Como já citamos, a pesquisa "Mulheres Brasileiras nos Espaços Público e Privado", aponta que uma em cada quatro mulheres relata algum tipo de agressão durante o parto. Quando o recorte é por raça/cor, a pesquisa esclarece que as informações das mulheres indígenas são insuficientes, mas sugere que o resultado seja considerado como uma tendência (FUNDAÇÃO ABRAMO, 2010).

<sup>49</sup> Documento Final da II KUNÃ ATY GUASU. Aldeia Jaguapiru - Dourados - MS. 2012. Disponível em: <<http://www.ufgd.edu.br/proex/downloads/documento-final-aty-guasu>>.

<sup>50</sup> Não estava em discussão a supremacia hospitalar em relação ao parto. Entretanto, as experiências nos centros de parto normal (intra e peri hospitalar) são incentivadas e financiadas pela Rede Cegonha e o movimento pelo parto domiciliar está crescendo no país.

<sup>51</sup> No Estado de São Paulo a Resolução SS 72, de 15 de julho de 2008, dispõe sobre a adoção de procedimentos nos hospitais para o resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população Guarani, dentre eles a entrega da placenta à mãe. Embora exista a normativa, não foi possível confirmar o seu exercício cotidiano.

Essas comunidades lutam para sobreviver e convivem com tantas atrocidades que nos pareceu, naquele momento, que, embora fosse relevante a preocupação dos que vinham de fora, havia questões emergenciais, como a fome e o acesso a água potável, a serem enfrentadas e que colocavam esse ritual como menos importante.

Mais um momento significativo foi uma agenda conjunta entre o Apoio Integrado e o Curso da Ambiência/QualiSUS<sup>52</sup>, em Dourados, que contou com a participação de apoiadores da gestão federal, trabalhadores e gestores de diversos pontos do SUS, principalmente da SESAI, usuárias indígenas, parteiras, lideranças e Conselho Distrital de Saúde Indígena.

A reunião tinha muitas metas. Os arquitetos e engenheiros, futuros apoiadores para a diretriz ambiência, estavam cumprindo uma tarefa ao promoverem um espaço de diálogo com as mulheres para compreender as necessidades na hora do parto que contribuiriam para a definição dos espaços arquitetônicos adequados às especificidades da região. Além disso, a reunião pretendia construir um maior alinhamento entre os apoiadores do Ministério da Saúde referência para o Estado e que estavam responsáveis pela discussão das propostas da Rede Cegonha.

O convite do Ministério da Saúde garantiu a presença dos gestores. Os apoiadores se mobilizaram para trazer as mulheres e as lideranças indígenas. E a roda foi acontecendo de modo a inverter os papéis já naturalizados. Os que comumente falam, passaram a ouvir. O intérprete nos ajudou, fazendo a tradução para o português. As mulheres Guarani e Kaiowá explicaram que cada gestante tem um canto que deve ser entoado durante o trabalho de parto. É a rezadeira que visita a mulher e lhe dá o seu canto. Além disso, é preciso ter um teto para parir. Do contrário, há consequências negativas para mãe e seu bebê. Ao enfatizar a importância do teto, pareceu-nos que a proteção e a segurança espiritual/afetiva eram primordiais para essas gestantes.

No final deste dia, um apoiador do Ministério da Saúde comentou conosco: *"[...] não sabia que a PNH podia ser tão concreta."* Ficamos, mais uma vez, com

---

<sup>52</sup> O Ministério da Saúde, através da parceria entre a PNH e o Projeto QualiSUS - Rede, realizou em um Curso de Formação - Intervenção em Ambiência na Saúde para arquitetos e engenheiros em 2013. O evento citado foi transmitido pela Rede HumanizaSUS no endereço: <<http://www.redehumanizasus.net/63509-pnh-inclui-indigenas-na-discussao-sobre-ambiencia-e-humanizacao-do-parto>>.

dúvidas e questionando-nos se o colega fazia referência à organização da roda de conversa, inclusão das usuárias, formação de arquitetos e engenheiros pautada na diretriz ambiência, ampliação do conceito de saúde que vivenciamos ali ou um pouco de tudo isso.

Aqui destacamos mais alguns aspectos que repercutiam no trabalho de apoio: a nossa curiosidade e limitação sobre a cosmologia Guarani, o *delay* entre o que diziam as mulheres em sua língua materna e a tradução feita por uma liderança (comumente do sexo masculino), e ainda, a importância de se habitar outra temporalidade para compreender o sentido e a dimensão destas narrativas.

Na época, não foi possível conversar com as mulheres sobre vários sentidos que compõem o cenário da gravidez, parto e nascimento para ampliar as discussões pelo respeito aos saberes tradicionais, tal como sobre uma alimentação especial antes e depois do parto e sobre o direito ao acompanhante. Será que os serviços de saúde estariam preparados para acolher a família extensa dos Kaiowá? E como os trabalhadores receberiam as lideranças, parteiras, rezadores, quando as mulheres e suas famílias solicitassem? Como cada mulher poderia ganhar o seu canto em serviços onde impera o silêncio da racionalidade biomédica?

Tempos depois, junto com alguns apoiadores da PNH, trabalhamos no "II Seminário de Saúde Mental Indígena de Mato Grosso do Sul e I Encontro Nacional Psicologia, Povos Indígenas e Direitos Humanos"<sup>53</sup>, um evento repleto de relatos de experiências e reflexões de usuários, trabalhadores da Saúde Indígena, lideranças e pesquisadores de várias regiões do país. Os participantes enfatizaram tanto a riqueza e a diversidade étnico-cultural brasileira, quanto os desafios no trabalho em saúde com as inúmeras etnias e suas diversas concepções de saúde, vida e cuidado. Além disso, os participantes destacaram o baixo compromisso com os direitos dos povos indígenas, as limitações da rede assistencial e os excessos de adoecimento e de medicalização. Dentre os muitos aprendizados, ainda reverbera a fala de Cristina Tembé, do Pará, que reforçou a importância política da garantia das comunidades indígenas nas discussões e decisões sobre suas vidas, ao clamar por "*nada sobre nós sem nós!*".

---

<sup>53</sup> Anotações pessoais do evento "II Seminário de Saúde Mental Indígena de Mato Grosso do Sul e I Encontro Nacional Psicologia, Povos Indígenas e Direitos Humanos", de 7 a 9 de agosto de 2013, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia, em Dourados - MS. Sobre o evento vide: <<http://psicologiaepovosindigenas.cfp.org.br/>>.

No início das ações, posicionávamo-nos, com o respaldo da PNH e alinhada com os demais apoiadores, pela importância da inclusão dos/das usuários/as, sendo imprescindível garantir a presença e a voz das pessoas quando as reuniões e ações iriam interferir em suas vidas. A fala da liderança Tembé, assim como as muitas reivindicações e denúncias dos participantes desse evento, deram-nos a dimensão e a importância ética do que tentávamos construir no Apoio Integrado. Assim, apoiar é uma tarefa, muitas vezes árdua e de difícil visualização, na construção de novas "[...] experiências democráticas produzidas democraticamente" (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009).

Nessas agendas, mesmo que por alguns segundos, produziu-se o encontro de sujeitos cujas afinidades éticas na luta pela saúde de qualidade, como direito e dimensão da cidadania de todos nós, de qualquer um/uma, não estava em negociação. E para tal, é imprescindível escutar as pessoas, garantir a participação nos espaços de decisão sobre suas vidas.

A Saúde Indígena, como aprendemos com os muitos usuários e trabalhadores, ocupou historicamente um lugar à parte, mas nas ações do Apoio Integrado foi ganhando força como um dos desafios do SUS, não podendo estar restrita a pauta da SESAI. "*Nunca estivemos tão alinhados*", como sinalizou um apoiador.

Como apoiadores do Ministério, sabíamos que produzir interferências em tamanha complexidade não seria fácil e tampouco possível em ações de curto prazo. Embora não podemos apontar resultados numa realidade marcada pelas iniquidades e pelas violações de direitos, em raros e preciosos momentos, houve a abertura para o diálogo sobre a produção de saúde com respeito aos saberes e práticas tradicionais. Quiçá o aprendizado sobre os modos de administrar a vida e lidar com as vicissitudes, sobre o *ñande reko* (BRANDÃO, 1990) ou o *teko porã* (CIMI, 2011b), o bem viver Guarani na busca da terra sem males, continue produzindo efeitos e repercutindo nos apoiadores e trabalhadores do SUS que compuseram as rodas citadas. E ainda, que a potência micropolítica se intensifique na construção de um movimento coletivo que não tolera mais o atual estado de coisas.

Assim foram tecidas algumas parcerias entre o HumanizaSUS e a SESAI. Apoiadores juntos produziram interferências em prol da cidadania de muitos brasileiros e pelo respeito às singularidades. Por fim, ressaltamos que a proposta

era retomar fragmentos dos bons encontros entre a PNH e a Saúde Indígena, principalmente a partir de nossa experiência como apoiadora. Para conhecer as ações nos diversos territórios do país seriam necessários muitos de nós.

## **2.13- MAIS ALGUMAS PARADAS EM UM PERCURSO CRONOLÓGICO**

Continuamos com as memórias dos muitos apoiadores e vamos recontar mais alguns momentos significativos ao longo dos anos da PNH. Como uma das políticas que compõe o SUS, o percurso cronológico da PNH aponta-nos para as modulações na força e/ou nos investimentos. Há inclusive a tentativa de 'adormecer' a proposta ao minimizar suas críticas, mantendo assim a homogeneidade de um governo, tal como veremos a seguir. As narrativas dos apoiadores e parceiros também se misturam com os documentos oficiais do Ministério da Saúde e, ainda, quando acompanhamos a produção sobre o HumanizaSUS nas publicações da Saúde Coletiva.

Pasche<sup>54</sup> (2013) relata que, quando o sanitarista Gastão de Souza Campos assumiu a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde em 2003, percebeu que havia um "vazio de ideias" e que era preciso propor políticas e ações que pudessem indagar e movimentar a máquina ministerial. Era necessário produzir alterações no SUS em várias dimensões.

Na época da criação, também em 2003, a Política esteve localizada na Secretaria Executiva (SE). Dentre as ações para sensibilizar, divulgar e articular internamente a PNH, estavam os projetos: "barracas da saúde", um espaço de diálogo com os trabalhadores da gestão federal; a publicação das primeiras cartilhas temáticas; e o "Coletivo HumanizaSUS - MS", formado pelos representantes de todas as secretarias do Ministério da Saúde (MORI; MATOSO, 2009; MORI et al., 2013).

---

<sup>54</sup> Anotações pessoais do evento em comemoração aos 10 anos de PNH, realizado na sede da OPAS, em Brasília, em 28 de novembro de 2013. O encontro foi transmitido *online* pela RHS e está disponível no endereço: <<http://www.youtube.com/watch?v=01J4vV6jOII>>.

Em 2004, ocorreu em Brasília o 1º Seminário Nacional da PNH<sup>55</sup> com o prêmio "David Capistrano". Este evento reuniu mais de mil pessoas de diversos lugares do país para uma apresentação da Política e de suas marcas, estratégias e princípios norteadores. (BRASIL, 2004). Nesse primeiro momento, o HumanizaSUS era composto por quatro eixos estruturantes: atenção, gestão, formação e informação/comunicação. Os eixos também foram se modificando com o passar do tempo.

Uma chamada pública para premiação das experiências bem-sucedidas e em funcionamento na rede SUS obteve mais de seiscentos inscritos, quinhentas visitas realizadas *in loco* pelo Ministério da Saúde, com quarenta e cinco experiências finalistas, sendo que dezesseis receberam uma premiação no Seminário (MORI; MATOSO, 2009). Somado a isso, o evento propunha, como em uma feira livre, muitos banners, fotos e cartazes de experiências exitosas de todo o Brasil dando aos participantes a concretude do "SUS que dá certo".

Além das atividades de cunho acadêmico, havia espaços para se produzir a própria saúde com práticas alternativas ao paradigma hegemônico, como massagens, aulas de *yoga*, de dança, de música e etc. Em um *stand* podia-se tirar uma foto com a bandeira do país, demarcando a diversidade dos que produzem o SUS. Essas fotos foram usadas nas cartilhas temáticas publicadas posteriormente e reafirmando que o SUS é produzido por sujeitos comuns.

Destacamos ainda os espaços intitulados como "café com ideias". Eram momentos informais, com debates sobre políticas e assuntos considerados polêmicos, mas imprescindíveis quando as dimensões de saúde e de cidadania estão inseparáveis, tais como a saúde de gays, lésbicas e pessoas trans, o aborto e o direito da mulher sobre o próprio corpo, o uso e abuso de álcool e outras drogas, a ética da redução de danos e os desafios na saúde indígena.

Fazemos aqui breve explanação, como expectadora desse evento. Quando voltamos de Brasília, ao contar em uma reunião do colegiado gestor no qual participávamos na época, afirmamos que a PNH era para nós um avanço civilizatório. Esse comentário, marcado por encantamento e pela radicalidade que encontramos no HumanizaSUS, reverberou em nós por anos a fio.

---

<sup>55</sup> A Portaria nº 2406 GM, de 19 de dezembro de 2003, é referente à premiação do HumanizaSUS que homenageou o importante sanitarista David Capistrano, que foi gestor de Santos - SP e marcou a saúde pública brasileira por sua radicalidade.

Ainda no final de 2004, a mudança do cenário institucional promoveu a saída de vários dirigentes do MS, inclusive houve troca na gestão da PNH. Da Secretaria Executiva, a PNH é transferida para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e "[...] consoante com o modo de operar da SAS, assume um caráter programático, contrapondo-se ao seu caráter de obra aberta.". (MORI; MATOSO, 2009, p. 632).

Por várias vezes, escutamos a expressão "*PNH caiu para SAS*", sinalizando que, com as mudanças institucionais, a Política foi reduzida à discussão da atenção em saúde, com pouco espaço para se posicionar formalmente sobre a gestão de pessoas, do trabalho e da educação. Apesar do HumanizaSUS trabalhar na indissociabilidade da atenção e da gestão, tomando-as como inerentes à produção do cuidado, não podemos desconsiderar a organização interna da máquina Ministério. A fragmentação e a dificuldade de articulação das secretarias e das políticas, assim como a relação comumente vertical da gestão federal com os estados e municípios, são tomadas como problemas a serem enfrentados pelo Departamento de Apoio à Descentralização, em 2004, e novamente a partir de 2011, com a estratégia do Apoio Integrado (BRASIL, 2004b, 2011b).

No segundo semestre de 2005, houve um novo momento político interno com boas repercussões a partir das ações da PNH nos hospitais da gestão federal no Rio de Janeiro. Numa decisão colegiada, há a indicação de uma nova coordenação e constroem-se arranjos de cogestão. Esses arranjos estão em atividades desde então, como o Coletivo Nacional, o Colegiado Gestor, o Colegiado Regional ou Estadual e o Consultoria Matricial. São espaços que congregam ora todos os consultores da Política, como nas reuniões do Coletivo Nacional, ora representantes com funções deliberativas que estão em função de coordenação, como no Colegiado Gestor. E, na busca por operacionalizar o trabalho e manter a aposta de apoiar os serviços da rede SUS, os consultores passaram a se organizar por regiões e estados nos denominados Coletivos regionais ou estaduais. Há ainda como já mencionado, os consultores matriciais são pessoas que atuam como referência em uma determinada temática para todo o país.

Os investimentos da PNH na educação permanente dos trabalhadores do SUS destacaram-se desde 2006. O 1º Curso de Formação de Apoiadores, organizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ e a Universidade Federal Fluminense (UFF), contou com cerca de cento e vinte trabalhadores, de todos os estados do país e de várias instâncias do SUS. Os apoiadores, além de

conhecerem as propostas da PNH, eram instigados a colocá-las em prática, produzindo movimentos em seus locais de trabalho de origem.

Na sequência, outros cursos vieram como experiências produzidas em ato, como o curso "Tecendo Redes", realizado em Cuiabá - MT, cuja experiência do planejamento, monitoramento e avaliação ganha importantes contornos e são objeto de discussão publicado no livro "Avaliação e Humanização em Saúde" (SANTOS FILHO, 2009).

Na região Sul, houve a inovação com a organização de cursos de pós-graduação *lato-sensu* em Humanização da Atenção e Gestão do SUS a partir de 2007. E, ao longo de uma década, trinta e dois cursos foram construídos em parceria com os estados, municípios e instituições de ensino de todas as regiões do país, a partir de demandas e características locais, totalizando três mil apoiadores formados.

A formação/intervenção vai se delineando como proposta para experimentar a PNH em um radical exercício de aprender-fazendo. O curso se constrói no processo, em consonância com uma Política que se faz na experimentação. Os participantes são pessoas envolvidas com o SUS e contam com uma rede de apoio através dos formadores (também apoiadores que se destacam pela capacidade de análise, produção da grupalidade e compromisso com o SUS) e apoiadores pedagógicos (função compartilhada entre gestores, instituições formadoras locais e consultores envolvidos).

A meta do curso é a construção pelos pequenos grupos, as Unidades de Produção (UP), de projetos ou planos de intervenção (PI), ou seja, uma proposta coletiva para fomentar a PNH nos locais de trabalho, que requer planejamento, monitoramento e acompanhamento avaliativo. Mais do que um conjunto de boas intenções, como aprendemos com Santos Filho (2009), os PIs precisam ser exequíveis, ou seja, ações concretas que darão respostas aos problemas reais que compõem o cotidiano do SUS.

Um apoiador conta que a

*[...] construção de um plano de intervenção juntamente com diferentes especialidades foi uma experiência ímpar, pois fomos descobrindo um modo de fazer diferente, onde as opiniões se somam, o diálogo evolui e os problemas têm soluções criativas.*

No término do curso, uma apoiadora narra a sua própria mudança frente ao trabalho:

*[...] vamos fazer um novo manual de normas e rotinas para o setor, há dois anos eu o fazia sozinha no meu computador e o apresentaria aos servidores, hoje a metodologia será outra: faremos um grupo de trabalho envolvendo todas as categorias de enfermagem (o manual é de norma e rotinas em enfermagem) para que a construção seja coletiva e não individual.*

Uma apoiadora que compreendia o seu trabalho alinhado com a PNH e com a Política de Educação Permanente (EPS)<sup>56</sup>, assim como demais políticas da gestão federal que visam o fortalecimento do SUS, enfatiza em sua narrativa:

*[...] aprendi que grandes projetos requerem grandes esforços, determinação e coragem e que nem tudo está ou vai estar em perfeitas condições para agirmos, por isso temos que agir, dentro de nossas possibilidades, com o que temos, caso contrário, nunca agiremos. Incluir é a palavra chave nessas políticas.*

As narrativas acima indicam a proximidade do HumanizaSUS com a Política de Educação Permanente. Embora com caminhos diversos, são políticas produzidas pela gestão federal e articuladas internamente na mesma época, com denominações diferentes, mas com tarefas semelhantes para os sujeitos que as compõem. Ambas primam pela autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, pelo exercício da cogestão para produção de mudanças no SUS e pela descentralização das ações, ou seja, pelo compartilhamento das responsabilidades e pelo fortalecimento dos territórios e dos atores locais.

Ouvimos<sup>57</sup> de Ceccim, reconhecidamente um dos formuladores da EPS, uma importante pontuação sobre a diferença da proposta de formação na PNH e na EPS. O preciosismo conceitual a partir da Filosofia da Diferença e uma formação que mobilizava os próprios consultores do Ministério da Saúde marcaram a PNH,

<sup>56</sup> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) foi criada pela Portaria GM nº 198/2004 como uma estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS visando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho. A composição do Pólo era orientada pelo “quadrilátero”, ou seja, com a participação de gestores, instituições formadoras, serviços e controle social. Já em 2007 o Ministério da Saúde realiza alterações na Política de Educação Permanente e substituiu os Pólos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) vinculadas aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) ou as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB).

<sup>57</sup> Anotações pessoais do I Seminário Internacional sobre as Potencialidades e Inovações nos processos de Trabalho em Saúde, organizado pela Universidade Nacional de Brasília, Brasília/DF, de 26 a 28 de abril de 2012.

enquanto que a EPS buscava organizar os Polos, formar facilitadores e colocar os importantes atores na roda de negociação.

Mais uma breve digressão compõe este percurso. Nossa experiência com a PNH, no hospital, levou-nos às reuniões do Polo de EPS e a formação como facilitadora. Após estes anos de trabalho e estudo, compreendemos que há um conjunto de transformações necessárias em várias dimensões que compõem o SUS. Sinalizamos aqui a indissociabilidade da formação, do trabalho e da intervenção, e se apresentamos o cenário com recortes, simplistas em alguns momentos, eles são contingenciais.

Os arranjos internos, assim como os movimentos disparados nos territórios, passam a ser objetos de reflexão e proposições da Política. O trabalho dos consultores a partir dos Coletivos Regionais, consultores responsáveis por um território de referência, vão agregando e mobilizando pessoas. Os apoiadores da PNH, ainda neste momento, eram as pessoas que participaram do Curso de Formação e que juntos com os consultores experimentavam as diretrizes e os dispositivos da Política. Com o passar do tempo, a denominação apoiador foi ampliada pelos próprios sujeitos que se identificam e possuem afinidades com a PNH.

Uma nova coordenação assume o HumanizaSUS e outros desafios se somam em 2007. A relação entre o Núcleo Técnico e os consultores se complicou, pois a natureza do trabalho, ou seja, funções administrativas e logísticas para uns e técnico-políticas para outros, somadas à diferença salarial, diferença da carga horária de trabalho e de capacitação vão se configurando como desafios para o exercício da democracia institucional na e a partir da PNH. Em uma reorganização, o NT passa a compor as frentes de trabalho em conjunto com os consultores. Estes aspectos foram problematizados por Mori e Matoso (2009) e repercutiam em 2010, ano em que trabalhamos no NT, e também nos anos subsequentes.

Continuamos, ainda, costurando os fragmentos para compor nossa narrativa. Pensar a formação de novos apoiadores e estratégias para a manutenção das intervenções disparadas a partir dos cursos tornou-se tarefa da Câmara Técnica de Humanização e Formação (CTHF), organizada em 2007 e em funcionamento desde então. A CTHF foi se configurando como um espaço cujas reuniões não se limitam à reflexão e avaliação dos cursos, mas dos desafios da PNH e da formação/intervenção. Já em 2010, há inclusão das temáticas de pesquisa e das

publicações em seu âmbito de discussão, intitulando-se Câmara Técnica de Humanização, Formação e Pesquisa (CTHFP).

A proposta de formação na PNH não se reduz à modalidade curso. Entretanto, ao longo dos anos passaram a se comportar como sinônimos, indicando-nos alguns desafios. Embora a PNH se coloque na contramão das propostas de capacitação tradicional, os muitos trabalhadores do SUS, quando organizados em coletivos, sinalizam que o dia a dia traz desafios para os quais eles não estão prontos (e até nunca estaremos). Além disso, a carga de trabalho, o acúmulo de funções, a baixa remuneração, dentre outros aspectos do âmbito da gestão do trabalho e da saúde do trabalhador, colocam-se como dificuldades concretas, para que estes sujeitos continuem seus estudos. Assim, mobilizar sujeitos para pensar e intervir no que traz sofrimento patogênico no trabalho, com o aval da gestão, tal como acontece nos cursos da PNH, atende a muitos pedidos.

Em 2008, os eixos estruturantes da PNH se transformaram. O apoio institucional; a temática saúde e trabalho; e a formação, a inteligência coletiva e a pesquisa são tomados como estratégicos após os cinco primeiros anos da Política. Um evento marcou este momento. O Seminário "Humanização do SUS em debate", em Vila Velha - Espírito Santo, reuniu consultores, docentes e pesquisadores para uma avaliação compartilhada dos cinco anos da Política. Experimentou-se ali uma proposta metodológica "sem mesas, sem púlpitos", com rodas de conversa para "[...] desespetacularização do evento acadêmico por meio da prática da lateralização do debate." (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496).

Este "seminário-dispositivo" (idem) reafirmou a PNH como obra aberta, como política que se pretende cada vez mais pública e experimentou o método da inclusão. Inclusão como prática, como compromisso ético por ampliar a roda, e é "[...] no tensionamento de posições político-conceituais que uma política pública pode se fortalecer constituindo-se como uma política do comum." (idem, p. 500). Posteriormente, houve a publicação de uma edição especial da Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, editada pela UNESP/Botucatu, intitulada "Humanização do SUS como uma política do comum", retomando as principais discussões realizadas no evento.

Mais um aspecto a ser destacado deste Seminário foi a perspectiva defendida por alguns sobre a PNH não envelhecer, mas "[...] poder se dissolver como política de governo para se tornar um modo de fazer corporificado nos trabalhadores e

usuários." (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009, p. 496). A finitude passa a ser uma questão presente no percurso da Política após o evento. Até onde ir? Quais concessões fazer? Do que não se pode abrir mão? Como não se deixar capturar pela institucionalidade da máquina de governo? Foram indagações que se repetiram em debates acalorados, que acompanhamos como consultora, mesmo anos após as discussões em Vitória.

Ainda em 2008, houve o lançamento de duas importantes estratégias para o fortalecimento da Política que reafirmaram o diálogo e a sensibilização de novos sujeitos como meta e método: a Mostra HumanizaSUS e a Rede HumanizaSUS.

A Mostra foi um *stand* itinerante que esteve em diversos municípios do país, e, de forma lúdica e interativa, convidava o visitante para ampliar a compreensão sobre o SUS e as propostas da PNH. Além de apresentar a Política Nacional, a Mostra era construída de forma colaborativa com o local que a recebia. Esta parceria reunia desde a execução, os monitores e os debatedores, e também se configurava em um momento para que as experiências locais fossem apresentadas, com ênfase no "SUS que dá certo".

Nessa época, compúnhamos o Coletivo Ampliado de Apoiadores de Mato Grosso do Sul que trabalhou para viabilizar a vinda da Mostra a capital Campo Grande. Como monitora e debatedora, percebemos que a Mostra nos convidava a olhar com mais cuidado para o SUS e, desse modo, encontraríamos ações bem-sucedidas perto de nós. Assim, o "SUS que dá certo" ora está distante e muitas vezes é utópico, e, de forma concomitante, explicita os avanços concretos da saúde pública brasileira que precisam ganhar visibilidade, inclusive, entre os próprios trabalhadores, gestores e usuários.

De 2008 até o início de 2010, foram visitados mais de trinta municípios e eventos relacionados com o SUS e com a Saúde Coletiva pela Mostra<sup>58</sup>. Ao longo dos anos, a dificuldade de manutenção das peças e a logística necessária foram se configurando como impedimentos para outras viagens.

Já a Rede de Colaboração para a Humanização da Gestão e da Atenção no SUS, apelidada como Rede HumanizaSUS ou RHS, começa a ser gestada em 2007 e foi lançada em 2008. Antes desta proposta, a PNH possuía uma área de trabalho para uso restrito de seus consultores.

---

<sup>58</sup> Para listagem das cidades e eventos visitados, vide <<http://www.redehumanizasus.net/node/2506>>.

A RHS nasce do atrevimento de levar a sério as propostas de democracia e inclusão na *web*. Funciona, como já dito, como um *blog* colaborativo produzido a muitas mãos. Embora seja financiada pela PNH, a RHS não é o site oficial da Política. Com essa maleabilidade, a RHS não parte de uma definição *a priori* do que é e como se faz humanização, e sim convida seus usuários a construir postagens para que se teçam sentidos, propostas, questionamentos e experimentações.

Destacamos aqui que há entre os consultores da PNH o reconhecimento da potência e da riqueza da RHS, mas alguns analisadores contribuem para pensarmos a Política, seja no Ministério da Saúde, seja a partir de usuários e trabalhadores que são contagiados pela proposta. A baixa utilização da RHS por parte dos consultores é um aspecto que foi tratado em várias discussões internas. Os argumentos eram desde a timidez de usar o espaço virtual até as preocupações com a repercussão política dos posicionamentos. Para alguns, havia críticas que não poderiam ser feitas por profissionais contratados pelo Ministério da Saúde. Somamos também os comentários que ouvíamos sobre as ações festivas que ganhavam repercussão em demasia pelos membros da RHS e, em concomitância, a ausência de comentários e de posicionamentos quando os temas mereceriam repercussão nacional.

A festividade nas postagens da RHS, na lista de emails dos consultores e do Coletivo Ampliado era um ponto de tensão recorrente. Embora mal utilizado por alguns, para a grande maioria, tratava-se de um novo aprendizado coletivo e, por vezes demorado, que implica ocupar a *web* como espaço político.

Percebemos que, com o passar do tempo, mudanças político-institucionais, alteração no grupo da PNH, modos de organização do trabalho, e demais aspectos, influenciaram também no posicionamento da Política HumanizaSUS frente ao que acontece no Ministério da Saúde e outras instâncias do Sistema. A falta de posicionamento em relação às questões consideradas por alguns como imprescindíveis fez com que parceiros se afastassem da Política. Assim, a margem de manobra da PNH também se transformou, ao longo da década, e parece-nos que a gestão federal, embora produza inovações como as que compõem o HumanizaSUS, mantém igualmente o conservadorismo.

Podemos observar que gradativamente os consultores passaram a usar mais a RHS. Dentre as estratégias para tal, estão as comunidades virtuais. As comunidades na RHS são espaços fechados, com convidados para temáticas específicas e que foram organizadas para aprimorar e facilitar o debate. O

participante pode publicar simultaneamente no espaço aberto e fechado, decidindo o que melhor lhe convém. A primeira comunidade foi a dos participantes do "Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas", em 2012. Reuniu pessoas estratégicas da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e da PNH, visando qualificar as discussões sobre a humanização na saúde indígena e, ainda, servia para os apoiadores da SESAI postarem as tarefas pactuadas.

Ainda em 2009, o 2º Seminário Nacional da PNH intitulado "Trocando experiências, Aprimorando o SUS<sup>59</sup>", reuniu mil e duzentas pessoas em Brasília para comemorar e discutir os cinco anos da Política e os vinte anos do SUS. Os três eixos de debate foram: "SUS: o desafio da equidade, a produção de saúde em rede e outro humanismo; Trabalho e Formação em Saúde; e Tecnologias de humanização da atenção e gestão". Uma grande *ágora* foi montada para fomentar o diálogo e a lateralidade entre os participantes na busca por construir e manter o espaço público de debate, sem o estabelecimento prévio de quem fala e de quem ouve.

Além da grande roda, na qual importantes personagens do SUS e da Saúde Coletiva se revezavam, outras quarenta rodas de conversa foram somadas a vinte e três mesas de debate, mais de quinhentos *banners* com experiências e pesquisas no SUS, e com transmissão *on-line* pela RHS. Esses foram alguns dos indicadores da ousadia do evento.

As rodas de conversa eram muitas e de diversos tamanhos. Houve desde a grande *ágora* até nos momentos de integração dos participantes, tais como a exposição de banners; a votação para a escolha das experiências exitosas; na Mostra HumanizaSUS e no espaço criado para a entrega de camisetas e objetos produzidos nos estados e municípios como a logomarca da Política. Marcaram assim a ênfase na promoção de conversas entre muitos. Para Passos, em seu comentário público na Rede HumanizaSUS: "[...] vivemos no concreto da experiência a aposta metodológica da PNH, seu *hodos-meta*: construímos o seminário no percurso desse caminho que fizemos juntos nestes três dias." (PASSOS, 2009).

Como participante do Seminário, destacamos que a organização na grande *ágora* e nas pequenas rodas dava-nos a impressão de que era um evento pequeno facilitando o diálogo e aproximando os presentes. Somado a isso, muitos debates

---

<sup>59</sup> Vide informações do 2º Seminário na RHS: <<http://www.redehumanizaus.net/node/7510>>.

tinham como pano de fundo a humanização como "conceito-sintoma" (BENEVIDES e PASSOS, 2005), cuja ênfase ainda estava no bom humano, na necessidade de vestir camisa, no voluntarismo e na benevolência de alguns, frente às carências de outros e do SUS. E, ao mesmo tempo, a Política Nacional, seus muitos apoiadores reafirmavam a radicalidade de tomar a humanização como "conceito-experiência" (idem), como aposta concreta na produção de "um outro humanismo" (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; FUGANTI, 2009; NEVES; MASSARO, 2009). Esses e outros aspectos repercutiram em muitas postagens na Rede HumanizaSUS em um movimento coletivo de avaliação do evento.

Há inúmeras histórias da PNH que estão acessíveis na RHS e a Rede permitiu prolongar a duração das discussões realizadas na *ágora* do 2º Seminário por muitas semanas. Assim, a RHS vai se configurando como uma janela privilegiada para olhar os movimentos na PNH e no SUS.

Também em 2010, merece destaque o já citado Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM). O Plano começou a ser desenhado em 2009 e foi experimentado em 2010 e 2011 com vinte e um apoiadores institucionais e seis supervisores para vinte e seis maternidades da Amazônia Legal e Nordeste brasileiros. Essa estratégia serviu para balizar a Rede Cegonha (RC), lançada em 2011, na busca por construir uma rede de cuidados à mulher e à criança pautada no direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção infantil nos serviços do SUS. O apoio foi a oferta metodológica da PNH e estratégia central para produzir interferências nas relações interfederativas, nos cuidados e na organização do trabalho.

Ainda em 2010, os Hospitais Sofia Feldman e Odilon Behrens, ambos na capital mineira, comprometidos com o SUS e alinhados com as propostas da PNH, tornaram-se temas para dois documentários (BRASIL, 2010g). Nesse mesmo ano, teve início a publicação dos Cadernos HumanizaSUS. Após um chamamento público, a primeira coletânea de textos é publicada com experiências de apoiadores e consultores sobre a formação-intervenção (BRASIL, 2010e). Depois, ações e discussões para o fortalecimento da atenção básica foram colocadas em análise (BRASIL, 2010f). Outros Cadernos vieram nos anos subsequentes. Em 2012, houve uma edição sobre as ações diversas pela humanização da atenção hospitalar. Já em 2014, a publicação sobre a humanização do parto e nascimento privilegiou os participantes que deram concretude ao Plano de Qualificação da Maternidade na

luta pela mudança do modelo obstétrico e, ainda, como estratégia para subsidiar a Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

No final de 2010, a eleição presidencial promoveu novas mudanças na esfera federal, inclusive no Ministério da Saúde. Em 2011 a Política ganhou uma nova coordenação e passou a ser localizada no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), que congrega as áreas técnicas e os programas da Secretaria de Atenção à Saúde, como a saúde da mulher, da criança, do homem, do adolescente, da pessoa idosa, a saúde mental, deficiência, prisional e etc.

Com as mudanças acima, a partir de 2011, as políticas e áreas técnicas que compõem o DAPES foram convocadas, assim como todo o Ministério da Saúde, a fazer adequações em sua agenda de trabalho comprometendo-se com o Apoio Integrado (BRASIL, 2011b). O Apoio ganhou força político-institucional novamente<sup>60</sup>, em 2011, na busca por melhorar a articulação entre as Secretarias da gestão federal e no fomento ao processo de cooperação interfederativa para a qualificação do SUS. A meta do Apoio Integrado era a organização e a regionalização das redes prioritárias de atenção à saúde (RAS), sendo elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Doenças Crônicas e Rede de Urgência e Emergência.

Além dos desafios destacados acima, muitas foram as mudanças nos rumos da PNH. O Apoio Integrado produziu um novo cenário no qual a articulação interna com as políticas e as áreas técnicas se tornou prerrogativa. Para ilustrar, citamos algumas alterações que mexeram na agenda da PNH, em sua organização e na relação com as demais políticas ministeriais. De experimentações singulares de apoio a partir da análise da oferta e da demanda, os consultores da PNH, a partir da orientação do Apoio Integrado, passam a ser referência para um único estado da federação. Além disso, a quantidade de novas demandas encerrou ou diminuiu o investimento das ações do HumanizaSUS em andamento, para que houvesse ênfase nas redes prioritárias. O consultor, junto com seu coletivo regional, viu-se frente a quatro redes distintas, tendo que priorizar as ações e agendas, a partir das necessidades e dos movimentos no território.

---

<sup>60</sup> Desde 2003 a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde iniciou um processo de formulação e implantação do apoio. Na época uma das experiências foi o Apoio Integrado à Gestão Descentralizada que promoveu a cooperação técnica entre as esferas de governo, com o envolvimento e a participação de várias áreas ministeriais no fortalecimento da gestão (BRASIL, 2004b). E a outra iniciativa foi o HumanizaSUS que passou a utilizar o apoio como dispositivo para a produção de mudança no modelo vigente, sendo a única Política da gestão federal que manteve o investimento ao longo dos anos. (PEREIRA, 2013).

As alterações nos planos de trabalho, as exigências de tarefas e reuniões e o diferente modo de trabalhar da PNH em relação às demais políticas da gestão federal produziam incômodos de várias ordens. Um dos consultores sintetizou a diferença, em tom de brincadeira: "[...] *gostamos de porcária, eles de portaria*", fazendo referência ao apoio institucional a partir da PNH como uma tarefa de análise coletiva do que é comumente colocado à margem, descartado, desvalorizado no trabalho. Enquanto a PNH insistia em movimentos coletivos, na inclusão de sujeitos e de analisadores, a máquina federal funcionava com portarias, com nomeação de coordenação de apoiadores, com a tentativa de controlar as agendas de trabalho, pautada na indução financeira e na fiscalização vertical.

Outro tensionamento desta fase pode ser ilustrada como uma reunião entre consultores da PNH de referência para o Apoio Integrado em que tentávamos fazer uma leitura crítica do novo momento político do Ministério da Saúde. Alguém questiona: "*A PNH produz riscos n'agua?*". De forma coletiva, o grupo discutiu inúmeros exemplos para enfatizar os feitos e efeitos da PNH.

Dissemos também que sim, que a PNH em muitos contextos produzia rodas sem resultados aparentes e sem alcançar os objetivos desejados, mas nossa experiência no PQM, em que tínhamos colaborado na produção do relatório final da 1ª fase (BRASIL, 2010), mostrava que os resultados eram quase dois mil encontros e rodas de conversas entre trabalhadores, gestores e usuários, e, para felicidade coletiva, havia indicativos que sinalizavam que o PQM, junto com muitas outras ações, contribuiu para a redução da mortalidade materna e infantil no país.

O fomento de redes, como uma das diretrizes da PNH, não se limitava as redes temáticas como já discutimos acima. Entretanto, com o Apoio Integrado há um movimento de investimento exclusivo nelas. Aqui destacamos que, embora os desafios fossem do tamanho do país, somados à importância de superar a fragmentação de saberes, no financiamento, de pontos de atenção, um outro modo de fazer - apoio, trabalho, posicionamento da gestão federal e o tom dos documentos - foi ganhando força e forma.

Ressaltamos ainda que enquanto os apoiadores da PNH entravam nas rodas e reuniões com apostas ético-políticas pelas mudanças nos processos de trabalho para transformar o modelo de atenção e gestão vigente, os colegas do Apoio Integrado tinham recursos financeiros na ordem de milhões de reais, para qualificar

uma determinada região, a serem negociados com a Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Embora R\$ 10 ou 20 milhões, por exemplo, sejam um valor significativo, aprendemos que não eram suficientes para suprir as necessidades regionais. A situação também paradoxal é que os recursos financeiros são aquém do necessário e não basta somente mais dinheiro, é preciso mudar o modo de fazer (PASSOS; PASCHE, 2008), inclusive, no financiamento. E, como brincou Simone Paulon, já em nossa banca de qualificação, "[...] *a gente entra no Ministério achando que dez milhões é muito dinheiro e sai achando que é nada.*".

Também em 2011, mais duas agendas começam a se (re)desenhar e ganham investimentos nos anos subsequentes, reafirmando a PNH como obra aberta e conectada com as vozes de fora. São elas: articulação da PNH com a Saúde Indígena e a Frente de Mobilização Social.

Na Saúde Indígena, uma relação de parceria entre o HumanizaSUS e a SESAI foi retomada, ganhando novos investimentos a partir de 2011. Juntos constroem o "Projeto de Apoio Integrado aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas", em 2012, cuja meta era contratar, formar e acompanhar os apoiadores para atuar nos Distritos prioritários. O apoiador, com experiência na saúde indígena e em comum acordo com os Distritos e a comunidade indígena, passa a trabalhar na busca por compreender e construir intervenções junto às equipes para o enfrentamento da mortalidade materna, fetal e infantil.

A Frente de Mobilização Social nasceu da constatação realizada pelo Coletivo Nacional da necessidade de inclusão dos usuários e dos movimentos sociais como efetivos parceiros da PNH. A Política, em consonância com seu método da tríplice inclusão, precisava construir uma estratégia que pudesse aproximá-la de importantes atores. Embora com experiências exitosas e locais de parcerias com ouvidorias, conselhos e conselheiros de saúde, e também de movimentos sociais, era necessário ir além, ser mais que "*uma conversa de gestores*", tal como estranhou uma consultora.

Em 2012, novamente a PNH volta à Secretaria Executiva, mas já sem o respaldo e a força que teve no início de seu percurso. Embora fosse objeto de reflexão dos consultores, aqui sinalizamos que o Apoio Integrado tomou conta das agendas, sobrecarregando-as e fazendo com que a repercussão da mudança da Política no organograma da gestão federal demorasse a ser sentida pelos

consultores territoriais. Enfatizamos aqui as diferenças de temporalidade para as decisões vindas de Brasília.

Nesse mesmo ano, ocorreu em Florianópolis - SC o Seminário do Coletivo Ampliado da PNH "O que pode a PNH?". Consultores, apoiadores, acadêmicos, pesquisadores, usuários, gestores do SUS, enfim, muitos parceiros da PNH de todos os estados do país foram convidados para um grande debate. Uma experimentação em ato com cerca de cento e cinquenta pessoas reuniu

Diferenças nos sotaques de todo o Brasil, nas linguagens e expressões regionais, nos referenciais teóricos, nas afiliações ideológicas, nas áreas de atuação, nas concepções de saúde e nos modos de viver e sentir o mundo mostravam uma babel incontornável. Como garantir a manifestação da singularidade neste contexto? De que dispositivos lançar mão nesta empreitada? (SARDENBERGER, 2012).

A organização do evento, lista de convidados com pessoas alinhadas a PNH de todos os estados do país, temáticas a serem abordadas, convidados/propositores e convidados/analistas foram decididos nos momentos de trabalho presencial e virtual. A aposta no diálogo e na construção coletiva de questões a serem debatidas configurou o inquietante evento.

Na grande roda<sup>61</sup> coordenada por Ricardo Teixeira, os presentes foram provocados a partir das reflexões memoráveis dos convidados Rogério da Costa, Giuseppe Cocco, Túlio Franco, Dario Pasche e Gustavo Nunes. As dimensões da macropolítica e da micropolítica foram analisadas como planos que se engendram e inauguram perspectivas na discussão das políticas públicas e da produção do comum.

De nossas lembranças, destacamos alguns aspectos do evento. Embora vivêssemos no estreitamento do campo do possível, cujas margens de manobra estão cada vez mais reduzidas pelas sutis perversidades do neoliberalismo em curso, o convite proposto pelos convidados era para continuarmos a pensar e a lutar pela produção do comum. O comum não existe de antemão, nem no mercado, nem no Estado, mas é constituinte do SUS e seu projeto pela saúde como direito de todos e de qualquer um, sendo reativado pela PNH em seus espaços de apoio e de cogestão, por exemplo. A PNH como experiência de produção do e no SUS produz resistência, quando é mais que uma política de governo, mas compõe um

---

<sup>61</sup> Anotações pessoais do "Seminário do Coletivo Ampliado da PNH: "O que pode a PNH?", realizado em 13 de setembro de 2012, Florianópolis - Santa Catarina.

movimento, tal como a capacidade de mobilizar sujeitos de todos os estados do país, seja para compor uma roda como aquela que experimentávamos ali, seja para trabalhar no e pelo SUS que queremos.

Somamos ainda às lembranças acima, a provocação de Rogério da Costa sobre os usos e abusos de si em tempos de trabalho imaterial. Ele explicita a que veio e se complica: "[...] *a nossa missão é cuidar da PNH*". Este comentário pareceu-nos mais sincero do que o previsto, provocou risos entre os presentes e evidenciou a exaustão dos muitos apoiadores que compunham a roda.

Dentre o que nos era comum estavam até então não nomeados, inclusive, o cansaço, a solidão e a impotência, ou seja, uma "[...] nova experiência de exploração que vivemos" (NEGRI, 2001, p. 11) e nela "[...] não há liberdade suficiente para a alma, não há salário suficiente para o corpo, e por isso o trabalho [...], nós o experimentamos como separação e exílio." (idem).

Assim, após o evento ampliado com os convidados, seguiram-se outros dois dias de trabalhos internos da PNH, e ainda reverberavam entre os presentes as análises da grande roda. Nos grupos de trabalho, foram problematizados os excessos de tarefas, as cobranças e o controle das ações. E ainda, discutimos a falta de reconhecimento dos desafios da tarefa proposta pela PNH, ou seja, um trabalho árduo, repleto de deslocamentos, tanto os subjetivos, políticos, éticos e, inclusive físicos, marcados pelas rotineiras viagens.

No encontro de Florianópolis, enfatizamos também que foi a primeira participação do Coletivo da RHS, editores/cuidadores na *web*, cujo olhar trouxe novos ingredientes sobre a potência do HumanizaSUS. E ainda houve uma oficina para aprimoramento das ferramentas da RHS incentivando os consultores a frequentá-la.

Embora o evento "O que pode a PNH?" tenha ocorrido em 2012, os questionamentos sobre a potência da PNH compunham as interrogações sobre a Política tanto nos encontros dos consultores no Coletivo Nacional e nos Coletivos Ampliados, quanto na produção de conhecimento sobre o HumanizaSUS (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A pergunta acima, assim como as muitas que compõem nosso texto, é para ser ruminada e não respondida. É para ser digerida com calma, mesmo em tempos paradoxais e de *fast food* como os nossos. Estamos entre a exploração e a potência da multidão, somos prisioneiros do capital, e ao mesmo tempo, cada vez mais livres.

A liberdade, em diálogo com Negri, Deleuze, Foucault e com os provocadores da grande roda "O que pode a PNH?", trata-se de construir novos mundos, produzir um comum, "zonas de comunidade" (TEIXEIRA, 2003), para que os encontros alegres aumentem a nossa potência política de agir.

Nesse período, outras estratégias também marcam o fortalecimento do diálogo da PNH com a academia para inflexões nos modos de formar e pesquisar em saúde. Um mapeamento realizado junto aos docentes e pesquisadores do país, envolvidos direta e indiretamente com a PNH, foi apresentado numa atividade do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Além disso, a Câmara Técnica de Formação da PNH articulou-se com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde para discussões sobre o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-Saúde) que buscam qualificar as relações entre o serviço, a comunidade e a academia.

Ainda em 2012, a PNH compôs um grupo interministerial formado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Direitos Humanos, Conselho Nacional de Justiça, Ministério Público, dentre tantos outros parceiros, que realizou um levantamento da situação de mais de quatrocentas pessoas internadas no manicômio Vera Cruz, em Sorocaba - SP<sup>62</sup>. Esta região mantém sete hospitais com quase três mil usuários internados há décadas. Os internos do Vera Cruz foram encontrados em condições degradantes: sem roupas, alimentação, cama, contato com a família, dentre tantas outras violações de direitos.

Através da RHS, os participantes da PNH narraram as experiências de horror que pareciam já terem ficado no século passado com o início da Reforma Psiquiátrica. Uma apoiadora conta, com alívio, que a intervenção no hospital foi possível a partir de uma "*[...] histórica união de diferentes instituições públicas com força política para furar um esquema altamente organizado de controle da situação.*" (PAVAN, 2012).

Além da mobilização da PNH em prol dos fechamentos dos leitos psiquiátricos em São Paulo, nesse mesmo ano há a publicação de um número temático da Revista Polis e Psique, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), intitulado "Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Humanização:

---

<sup>62</sup> Vide postagem de Oliveira (2012) no endereço <<http://www.redehumanizausus.net/13335-pnh-auxilia-na-realizacao-de-censo-em-hospital-psiquiatrico-no-interior-paulista>>.

cuidado humanizado é cuidado em liberdade”. A publicação trouxe experiências no SUS que reafirmam o compromisso dos apoiadores com a Reforma Psiquiátrica e com a Luta Antimanicomial. Saúde mental e humanização são produzidas

[...] nas bordas, nas fissuras, na contra-maré, nadando contra a corrente. Se o cotidiano reproduz assujeitamentos, heteronomias, subjetividades servis e tristes, é preciso abrir brechas e fissuras neste cenário densamente conservador [...]. No cotidiano e no coletivo precisamos apostar na potência da criação e da invenção que se dá em liberdade e no bom encontro. (YASUI, 2012, p. 14)

Destacamos que, de 2012 ao início de 2013, os coletivos regionais realizaram Seminários de humanização em todas as regiões do país. Cada Seminário foi construído a partir das necessidades locais e reuniram apoiadores, experiências exitosas e desafios a serem enfrentados pelos participantes. Novamente a Rede HumanizaSUS é uma potente janela que permite dar visibilidade ao que aconteceu nas diversas regiões do país, assim como para que os apoiadores também enxerguem o movimento ao qual pertencem.

Em 2013 a PNH, em parceria com o Projeto QualiSUS, lançou um edital público para seleção de sessenta profissionais de engenharia e arquitetura para a "Formação - Intervenção em Ambiência na Saúde". O curso buscou formar apoiadores na temática da ambiência, diretriz da PNH, para que pudessem apoiar os projetos arquitetônicos das redes prioritárias. A construção de projetos cogерidos, ou seja, entre especialistas, trabalhadores e usuários, visa a produção de espaços que primam pelo diálogo, pelo acolhimento e por modos de ampliar a clínica. O espaço físico e as relações dos envolvidos passaram a ser pauta do trabalho de engenheiros e arquitetos, que comumente fiscalizam e punem os serviços a partir das normas técnicas. E, com mais esta estratégia, novos apoiadores fortalecem uma rede que qualifica o SUS.

De nossa experiência em Mato Grosso do Sul ressaltamos o papel fundamental dos apoiadores da ambiência somando esforços para a inclusão das mulheres nas rodas da Rede Cegonha. Além disso, enfatizamos o olhar para a garantia da acessibilidade nos projetos de construção e reforma de qualquer prédio público, extrapolando os serviços de saúde.

Ainda em 2013, a PNH vivenciou um potente exercício de solidariedade com a mobilização de apoiadores que se revezaram no trabalho em Santa Maria - RS,

após um incêndio em uma boate. A morte de centenas de jovens e a grande quantidade de vítimas provocaram comoção, e a Força Nacional do SUS foi acionada. A RHS serviu como uma central para trocas de informações sobre a tragédia, para atualização das intervenções em andamento e, ainda, como espaço de acolhimento dos trabalhadores que lá estavam. Uma apoiadora da PNH deu a devida dimensão do que estavam vivendo ali: "[...] *os relatos dos sobreviventes são atravessados por uma dor inenarrável, pois impactados pelo inesperado, sofrem pelos amigos que morreram e se culpam pelos que não conseguiram sair.*" (CHEBLI, 2013).

Já em 2014, merece destaque a "Semana Nacional de Humanização". Diferente dos eventos nacionais e regionais anteriores, que buscavam reunir em Brasília ou em alguma grande cidade os envolvidos com a Política, a proposta foi mobilizar apoiadores dispersos pelo país ao longo de uma semana com atividades descentralizadas. A Semana Nacional apresentou-se, via RHS, como pequenos acontecimentos simultâneos que reafirmaram a força dos apoiadores da PNH. Foram duzentos e dois municípios de todos os estados da federação, com oitocentas e quarenta e sete ações cadastradas na RHS, que envolveram mais de quarenta mil pessoas diretamente nas rodas de conversa, além de uma ampla mobilização nas redes sociais<sup>63</sup>. Cada coordenador, ao cadastrar uma atividade, tinha como tarefa promover uma ação em consonância com a PNH e depois, para receber um certificado, era necessário um relato sobre o ocorrido na Rede HumanizaSUS.

A abertura oficial do evento em Brasília contou com importantes gestores do Ministério da Saúde e foi transmitida *on-line* pela RHS. Além da transmissão de diversas atividades, a Rede HumanizaSUS teve a função estratégica de reunir a programação contada pela perspectiva de seus participantes espalhados por este imenso país. A Semana de Humanização dobrou o número de visualizações na RHS, com quatro mil por dia, chegando a cinquenta novos usuários/dia.

Os muitos apoiadores da PNH, no qual estamos incluídas, reafirmaram que "[...] sempre tem gente para chamar de nós" (TATIT; JENECCI, 2012). Assistimos

---

<sup>63</sup> Sobre as atividades cadastradas que compuseram a programação nacional, vide: <<http://www.redehumanizasus.net/atividades-cadastradas>>. Para um balanço quantitativo e os indicativos da capacidade de mobilização da Semana a partir da RHS, vide a síntese de Dalton Martins (2014) disponível em: <<http://pt.slideshare.net/dmartins/apresentao-semana-de-humanizao-uma-viso-quantitativa>>.

assim a RHS exercitar sua principal aposta, a inclusão de sujeitos no fortalecimento da rede de apoiadores e do apoio em rede em prol do SUS e da produção do comum. E, a partir da perspectiva RHS, novamente, experimentamos a capacidade de mobilização da PNH, a força de contágio de seus apoiadores que realizaram ações nos serviços, nas universidades e, inclusive na rua, já que é no espaço público que o SUS se afirma e se fortalece como política efetivamente de todos e de qualquer um. Esse acontecimento foi sintetizado por uma apoiadora em sua postagem e reverberou nos comentários que se seguiram: "[...] *a flecha ultrapassa a corda para ser no voo mais do que ela mesma*". Os participantes ousaram "[...] *ultrapassar inúmeras cordas*" (PAVAN<sup>64</sup>, 2014).

Também em 2014, a PNH, em parceria com a OPAS, investe em novas estratégias de comunicação com programas de televisão, na TV dos Trabalhadores, de rádio, com o programa Sintonia SUS, e de pautas sobre a humanização para distribuição na imprensa nacional indicando-nos que, dentre as muitas lutas, há a necessidade de disputar espaço e dar visibilidade aos belos feitos do SUS, e quiçá, construir um olhar positivo sobre a saúde pública brasileira.

O Projeto PNUD que garante o financiamento do DAPES até 2016, departamento no qual está localizado o HumanizaSUS no Ministério, tem como objetivo a inclusão e a qualificação de redes de atenção às populações estratégicas e vulneráveis. Há uma brecha importante para construir ações que contemplem a ampliação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com ênfase para as mulheres negras e indígenas, no enfrentamento das violências, na garantia de acesso à saúde aos que vivem em privação de liberdade, aos adolescentes em conflito com a lei, dentre outros grupos marcados pelas iniquidades. E os muitos apoiadores estão convocados e engrossam o coro: "radicaliza PNH, radicaliza SUS" (FERIGATO, 2014; TRAJANO, 2014).

Chegamos aos últimos passos de nosso percurso cronológico. Apoiadores da PNH e suas experimentações no SUS estão misturados ao campo da Saúde Coletiva, sendo que já não há como separá-los. Destacamos abaixo três publicações que reuniram experiências concretas de inúmeros pesquisadores, apoiadores e trabalhadores do e pelo SUS que estão disputando espaço na produção de

---

<sup>64</sup> Na postagem na RHS Cleusa Pavan (2014) faz referência ao poema Elegias de Duíno, de Reiner Maria Rilke. Vide: <<http://www.redehumanizaus.net/83490-semana-nacional-de-humanizacao-consideracoes>>.

conhecimento sobre as pesquisas avaliativas, produção de subjetividades e políticas públicas.

De 2012 a 2014, a pesquisa "Áreas Programáticas e direito à saúde: construção da integralidade no contexto do apoio institucional", desenvolvida pelo Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis/UERJ) em parceria com o Ministério da Saúde, realizou oficinas com apoiadores institucionais para compreender quem são e onde estão as pessoas que realizam a função apoio e como este trabalho contribui para a efetivação da integralidade no SUS. A partir de uma convocatória na *web*, um mapeamento nacional foi produzido e dando origem a duas obras que reúnem os relatos das experiências e as reflexões de pesquisadores sobre o apoio no SUS: "Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional" e "Práticas de Apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia multicêntrica de pesquisa" (PINHEIRO et al., 2014, 2014b).

Também em 2014, há a publicação de mais um suplemento da Revista Interface, da UNESP/Botucatu, com o tema "Apoio institucional na Política Nacional de Humanização" com lançamento previsto para o início de 2015. Na apresentação, os editores reafirmam a estratégia apoio como "[...] uma das mais importantes inovações dos modos de intervir, trabalhar, gerir, gestar e cuidar em saúde. Uma inovação alinhada com a defesa de direitos e com a participação democrática no SUS." (PASSOS et al., 2014, p. 805).

Ainda no final de 2014, a Revista Saúde & Transformação, periódico editorado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), traz os textos da pesquisa "Formação em Humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo". A avaliação de ações implementadas nos dez anos do HumanizaSUS é o foco da pesquisa, realizada entre 2011 e 2014, que buscou problematizar não propriamente os cursos de formação já finalizados nos três Estados citados, mas os efeitos que a política de formação-intervenção da PNH produziu nos territórios e nos sujeitos do SUS. (PAULON et al., 2014).

Fizemos, até aqui, um passeio pelas principais ações e campos disputados pelo HumanizaSUS. Sabemos que haveria ainda inúmeras discussões a realizar, mas uma cartografia é sempre um convite para outras que estão por vir. E como nos

lembra uma apoiadora: "[...] agora é apenas o início de um caminho que não [sabemos] bem onde vai dar..."

Construir modos de qualificar e manter a saúde como dimensão de cidadania em um país como o nosso é uma árdua tarefa sinalizada, insistentemente, pelos muitos apoiadores da PNH e do SUS. Apresentaremos abaixo mais alguns elementos que ganharam relevância ao longo desse percurso.

### **CAPÍTULO 3 - O ATUAL CENÁRIO E A PRODUÇÃO DE OUTRAS SAÚDES**

Tenho o privilégio de não saber quase tudo.  
E isso explica o resto.

Manoel de Barros

A experiência profissional em diferentes pontos na rede pública de saúde em São Paulo, Mato Grosso do Sul e Brasília proporcionou-nos um enorme aprendizado e também muitos questionamentos. Um pouco mais de uma década de trabalho se passou e muitas mudanças ocorreram. Estar na gestão federal e viajar pelo país como consultora do Ministério da Saúde possibilitou-nos conhecer um pouco mais dos desafios da saúde pública.

Algo que saltou aos nossos olhos, nessas andanças e através dos muitos encontros ao longo desse percurso, foi a pobreza e sua estranha força em se superar. É sempre possível ver mais pobreza e descaso com o que deveria ser público, em relação ao que tínhamos experimentado até então. Embora cientes de que a pobreza não é natural, aprendemos que ao fazer um recorte simplista perderíamos aspectos essenciais. A vida resiste e insiste em se reinventar a despeito de tantos desafios.

Somente os nômades conhecem o tamanho do deserto. Esta ideia de Deleuze e Guattari (1995, 1997) utilizada para demarcar o trabalho dos apoiadores da PNH, com ênfase nas ações nos estados e municípios, trouxe-nos um convite para pensarmos um pouco mais sobre a tarefa do HumanizaSUS em um país chamado Brasil. Os apoiadores, ao narrarem as mudanças em si mesmos, nas práticas e nos serviços de saúde, reafirmam que não é trivial o que fazem, tampouco estão exaustos à toa.

Construímos, a seguir, mais um plano de análise que complementa e dialoga com a discussão realizada no capítulo HumanizaSUS: obra aberta e tarefa coletiva. Este percurso, diferente do anterior, será composto por um rápido passeio pelas disputas no SUS, pelos muitos 'Brasis' e suas iniquidades, pelo empobrecimento da vida e, por fim, pela saúde e cidadania pelas quais lutamos. Muitos são os questionamentos, impasses e paradoxos que se somam aos já apontados neste

texto e compõem a nossa discussão sobre a produção de saúde ou até de outras saúdes.

### 3.1- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM CAMPO DE DISPUTAS

Apresentaremos alguns aspectos que compõem a experiência de saúde universal brasileira. Nosso intuito é evidenciar o SUS, tal como fizemos com a PNH no capítulo anterior, como uma obra aberta e tarefa coletiva que está localizada num campo de muitas lutas, tensões e disputas, sendo enfraquecido quando reduzido ao Estado.

Nessas duas décadas e meia de experiências democráticas, as políticas funcionam, comumente, mais como instrumentos de controle do social, de indivíduos e populações para produção de corpos dóceis (FOUCAULT, 2007) e de governo das condutas humanas (FOUCAULT, 2008, 2008b) do que como estratégias para diminuir as desigualdades sociais, garantir a dignidade da vida coletiva e inaugurar novos modos de produzi-la.

As políticas de saúde são braços do Estado e seu modo de funcionar tende a capturar o que se apresenta como fora. As conexões com as forças do público, quando há, são de relevância para manutenção da hegemonia. Faz-se necessário construir estratégias para lidar com o

[...] funcionamento de uma máquina dita republicana que, no entanto, experimenta uma relação de tensão ou mesmo de repulsa ante a coisa pública. Eis a questão da qual não podemos nos furtar: o funcionamento de uma máquina Estatal em que a *res publica* está nela e contra ela. (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 570).

Como fazer a máquina do Estado funcionar de outro modo e enfrentar as iniquidades desse país? Somamos a esta questão mais uma que marca a produção teórica, as rodas de conversa e os muitos apoiadores da PNH: Como produzir políticas efetivamente públicas?

A reflexão proposta por Monteiro e colaboradores nos convocam a pensar em

[...] políticas públicas não mais reduzidas ao Estado, mas como afirmação de experiências diversas onde o público possa, de fato, ser a expressão da experiência do 'comum' que faz advir outros e múltiplos modos de pensar, perceber, sentir, de agir e viver. (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006, p. 12).

Reafirmamos nossa posição apresentada no capítulo anterior: o público que nos interessa não está limitado ao Estado, refere-se à experiência concreta dos coletivos de forças que estão sempre em movimento. O plano do público só pode ser construído a partir das experiências de cada sujeito inserido na coletividade, na imanência da vida cotidiana (BENEVIDES; PASSOS, 2005b; MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006).

Nesse jogo complexo, a abertura do que é público para as forças e atores não estatais é defendida de forma ampla, mas por vetores contrários. É reivindicada pelos que compreendem a necessidade de avançar em modos democráticos nos debates e nas ações do que compõem o público, como uma ampliação do exercício de cidadania. E, também, pelos que estão localizados em um polo oposto e defendem a diminuição das responsabilidades do Estado e a sua transferência para a sociedade civil. Sendo assim, o Estado neoliberal apresenta-se reduzido quando se trata das políticas sociais e, ao mesmo tempo, forte quando se propõe garantir o privilégio do mercado e a manutenção do *status quo*.

O SUS e a proposta de universalidade são frutos de batalhas políticas, advindas das reivindicações dos trabalhadores, movimentos sociais e da academia, congregando forças distintas sob a nomeação de Movimento da Reforma Sanitária. Foi no contexto das lutas contrárias ao autoritarismo do Estado e pela redemocratização do país que a saúde se tornou, junto com outros direitos sociais, civis e políticos, um dos marcos da Constituição de 1988. E desde então a construção de um Sistema que garanta o acesso a bens e serviços é um "proposta - projeto - processo" (PAIM, 1997) que vem se configurando a partir dos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (regionalização, hierarquização e descentralização) do SUS.

Há avanços que destacam as melhoras nas condições de vida da população brasileira produzidos desde a criação do SUS (BRASIL, 2013), que são reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), mas ainda não estão acessíveis à grande maioria. As

diversas necessidades de saúde e as condições de vida da população colocam-se como grandes desafios no processo de construção do SUS.

Antes de avançarmos, uma explicação. Fazemos uso de documentos produzidos pelos organismos internacionais, pois quando fomos consultora da PNH pelo PNUD e OPAS compreendemos um pouco mais da força destes nos rumos do SUS, como na garantia de recursos financeiros para a execução dos projetos, pagamento dos consultores do Ministério da Saúde e, ainda, nos acordos internacionais de que o Brasil é signatário, como por exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Entretanto, fazemos uma crítica a OMS que, apesar de sua postura de formuladora de políticas, tem sua agenda definida pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial e demais financiadores.

O Sistema público configura-se como grande campo de forças no qual se engendram diversas lutas e disputas em várias dimensões, tais como na definição do que é saúde, doença e cidadania; compromissos político-partidários; aspectos mercadológicos e corporativos em sobreposição aos interesses coletivos; concepções distintas da função do Estado; avanços no aparato normativo e que ainda não correspondem diretamente à experiência cotidiana; incipiente adequação do financiamento à proposta dos sistemas universais, dentre outras. Distintos e divergentes interesses compõem essa arena que ainda não conquistou "[...] 'coração e mentes' dos brasileiros, nem para desejá-lo e defendê-lo com paixão, ou tampouco para combatê-lo com ódio." (CAMPOS, 2007, p. 1873).

A saúde, como direito, atende às necessidades sociais e, ao mesmo tempo, é um produto no mundo atual. Os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores. Na sociedade de mercado, os princípios do SUS são constantemente atravessados por essas forças que reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível. Compramos saúde, assim como demais produtos, bens e serviços, na tentativa de nos prevenir dos riscos e das vulnerabilidades para alcançar ideais de felicidade, qualidade de vida e bem-estar fabricados pelo mesmo mercado.

Um capítulo recente da história brasileira mostra-nos que nos anos de 1970 e 1980 a batalha por direitos sociais, civis e políticos mobilizou diversos sujeitos. Um caldo comum foi produzido e culminou na luta pela redemocratização brasileira e por uma vida mais digna. A duras penas, uma das bandeiras do movimento sanitário, a

saúde como direito de todos, alcançou legalidade. E hoje, o que há? A luta por um mundo melhor expirou e está *démodé*?

Desde o mês de junho de 2013, vivenciamos o "levante da multidão"<sup>65</sup> e a "força do anonimato"<sup>66</sup>. Das passeatas contra o aumento do preço das passagens de ônibus ao debate sobre a mobilidade urbana nas principais capitais, inúmeras outras exigências ganharam as ruas do país em consonância com as mobilizações ocorridas no cenário internacional. Nos cartazes dos manifestantes, líamos frases como: 'Cadê o SUS?', 'Desculpe o transtorno. Estamos mudando um país' e o pedido por um 'SUS padrão FIFA'<sup>67</sup> evidenciavam que as reivindicações eram por respeito aos direitos sociais e pelo aprofundamento das experiências democráticas. A mobilização deixou atônitos população, líderes e cientistas políticos e ainda divide a opinião dos especialistas sobre se poderão redirecionar os rumos da democracia brasileira.

Indagamos sobre qual seria o Sistema de Saúde desejado e reivindicado pelos manifestantes. Será um sistema à altura do padrão FIFA? Parece-nos que se caminharmos para atingir essas exigências, teremos mais investimentos em hospitais, melhor hotelaria e aumento nos procedimentos realizados pelos equipamentos tecnológicos de última geração, enfim, uma saúde em consonância com o jogo atual.

Efervescência e transitoriedade nos modos de experimentar o espaço e o tempo, trabalhar, desejar, adoecer e morrer estão em curso e constituem-se como características que marcam o mundo ocidental desde o final do século XX. E neste período que se inaugura o projeto neoliberal que promove, em consequência, o encurtamento do Estado do Bem-Estar Social. Frente a tamanhas mudanças, não cabe mais atribuir ao Estado algumas responsabilidades, entre elas, a saúde de sua população?

---

<sup>65</sup> "O Levante da Multidão -constituição selvagem da classe sem nome", colóquio promovido pela Universidade Nômade, em São Paulo, 26 de junho de 2013. Disponível em: <http://revistapolichinelo.blogspot.com.br/2013/07/o-levante-da-multidao-video-integral-do.html>

<sup>66</sup> Pelbart, P. P. "Anotái: eu sou ninguém", Folha de São Paulo, de 19 de julho de 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/119566-quotanota-ai-eu-sou-ninguemquot.shtml>

<sup>67</sup> No ano de 2013 a vida de muitos brasileiros esteve atravessada pelos preparativos para a Copa do Mundo de 2014, evento que aconteceu pela 2ª vez no país. As exigências feitas pela Federação Internacional de Futebol (FIFA) produziram indignação e revolta pois os "padrões FIFA" eram muito acima do que estávamos acostumados. Havia a promessa de que o evento trouxesse melhorias na infraestrutura do país e que seria financiado pelo capital privado. Aspectos que permanecem no debate. Em breve, veremos os 'padrões COI' para os Jogos Olímpicos de 2016.

O Estado moderno, sua função e aparato normativo também estão em transformação. A gradativa perda dos direitos sociais, aspecto colocado como inevitável, monta uma armadilha que mantém o pensamento e a ação no limbo da impotência. São os fortes ventos neoliberais que nos fazem acreditar que já não há como resistir, que não há alternativas a não ser se adequar às suas normas (NEVES, 1997).

Ao pensar os direitos de cidadania, nos deparamos com os limites e incertezas no Brasil e do mundo contemporâneo. Parece-nos paradoxal trabalhar, como apontamos a partir das narrativas dos muitos apoiadores da PNH, por avanços nos direitos sociais, quando o mundo vive a reestruturação produtiva, o encurtamento do Estado e o acirramento das desigualdades. Soma-se a isso, a competição e o individualismo que estão tão impregnados nos modos de ser, pensar, desejar e se relacionar que fazem valores como solidariedade, justiça social e cidadania soar como piegas e habitando a ordem do impossível.

O SUS foi criado no impasse paradigmático entre o modo liberal-privado e a tradição dos sistemas universais. Como estamos no Terceiro Mundo, já experimentamos o direito à saúde na perspectiva neoliberal, "[...] um SUS esgarçado, de uma reforma sanitária incompleta" (CAMPOS, 2007, p. 1869). E o Sistema padece das "[...] mesmas mazelas do Estado brasileiro: ineficiência, privatização de interesses, clientelismo, burocratização." (idem).

Santos (2013), reconhecido como um dos grandes formuladores do SUS, também critica os rumos anti-SUS que o Estado brasileiro tem construído ao longo dos anos e enfatiza que, de 1986 a 2013, uma série de episódios impediu que o SUS idealizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde fosse colocado em prática. Para ilustrar, cita os governos Collor e Sarney que tentaram, cada um a seu modo, comprometer a formulação da Lei Orgânica inviabilizando os artigos referentes aos mecanismos de participação e controle social no texto. Nessa época, foi necessária ampla mobilização para a manutenção do controle social na Lei 8.142, sancionada alguns meses depois da Lei 8.080, em 1990. E ainda, a Emenda Constitucional nº 29 que não determinou os 10% da receita da União para saúde, como almejava o movimento sanitário.

É com radicalidade que Santos provoca os agentes do Estado a assumirem a posição anti-SUS que estão desempenhando desde a sua criação. E propõe ao país:

[...] risca o SUS da Constituição e constrói um novo sistema de saúde, comandado pelos ministérios da Fazenda, da Casa Civil e do Planejamento, substitui os direitos de cidadania pelo consumo subsidiado por recursos públicos. (2013, p. 14).

Acrescentamos às críticas de Santos acima, que no caso das forças anti-SUS se intensificarem, teremos cada vez mais a gestão dos serviços transferida para as Organizações de Serviços de Saúde e Sociedade Civil de Interesse Público (OSS e OSCIP), e também, além dos médicos, outras categorias profissionais irão se organizar em cooperativas, enquanto os processos de terceirização dos profissionais com atividades meio (principalmente limpeza, segurança e alimentação) continuam em curso.

Ao olharmos, com mais atenção, as cooperativas médicas, por exemplo, os trabalhadores estão assegurados pelos direitos trabalhistas e conseguem como categoria ter maior poder de negociação no salário e na definição da carga horária, aspectos imprescindíveis para qualidade da assistência oferecida. Entretanto, pelo prisma composto pelos princípios do HumanizaSUS, percebemos que, de forma concomitante, a organização por cooperativa não produz a vinculação do profissional ao serviço nem tampouco ao usuário. Além disso, a rotatividade do trabalho por plantão e a ausência de compromisso com a gestão dificultam, ou até mesmo inviabilizam, a reunião de equipe multiprofissional, a horizontalidade do cuidado, a configuração de um colegiado e demais mecanismos de cogestão, aspectos defendidos pela PNH e com lastros no SUS, para a promoção de mudanças do modelo vigente.

Nosso país está trilhando um caminho inspirado na saúde americana<sup>68</sup>, uma cópia mal feita repete os equívocos e as perversidades já conhecidos, ao entregar a saúde da população às regras do livre mercado. Entretanto, destacamos que, se vivenciamos a crescente procura pela saúde suplementar, é necessário lembrar que "[...] o mercado da saúde não foi uma criação das forças naturais. O Estado criou esse mercado." (BAHIA, 2013).

---

<sup>68</sup> Atualmente o Presidente Barack Obama (2009 - ?) trava uma batalha com o congresso americano para garantir o acesso à saúde para a toda população. A saúde americana reduzida a um bem de consumo, foi discutida pelo documentário "Sicko", de Michel Moore (2007), ao apresentar uma comparação entre os países que possuem sistema universal, tal como Cuba, Inglaterra, Canadá e França, e os Estados Unidos. As perversidades dos planos privados na condução das ações e serviços de saúde são enfatizadas pelo documentário.

O Brasil tem "[...] o segundo maior mercado de planos privados do mundo" (BAHIA, 2014) e com este crescimento reitera-se um "[...] SUS pobre para pobres e complementar para as operadoras privadas de planos de saúde" (SANTOS, 2010, p. 283), com a manutenção da atenção básica com baixa cobertura e pequena capacidade resolutiva, e, ainda, com o aumento crescente da demanda por assistência na média e alta complexidade (SANTOS, 2010, 2013b).

Acrescentamos também a este perverso cenário a manutenção da rentável máquina hospitalar e de imagem diagnóstico nas mãos da iniciativa privada e filantrópica, sendo que, no ano de 2007, era de 60% da capacidade do país, segundo Campos (2007). Já em 2011, Paim e colaboradores (2011) apontam que 70% dos hospitais estão no setor privado.

Os avanços do SUS são acompanhados e, inclusive, superados pela expansão do sistema privado. Os planos de saúde, além dos subsídios e vantagens que já recebem do Estado brasileiro, escolhem os procedimentos a serem oferecidos aos seus clientes em detrimento da integralidade do cuidado defendida pelo SUS.

Esta configuração tem produzindo "[...] uma espécie de *apartheid* do sistema de saúde do Brasil." (PAIM et al., 2011). A segregação também é apontada por Noronha (2013) ao se referir a um "sistema de castas oculto" ao comparar o valor médio de uma internação no SUS e no privado, sendo R\$ 1 mil no sistema público, e R\$ 5 mil nos planos de saúde. Outro exemplo de Noronha é a quantidade de aparelhos de ressonância magnética, sendo 2,5 aparelhos na rede pública de saúde por milhão de habitantes, e 17,5 no sistema privado.

O custo da internação e quantidade de equipamentos *per si* não podem ser tomados como sinônimos de eficácia e resolutividade em saúde. É evidente que são aspectos de interesse do mercado, fazendo-se valer a regra de quanto mais consumo, melhor. Entretanto, como os autores acima apontam, há um abismo entre a assistência ofertada no público e no privado, ficando usuário e também trabalhador do SUS à *mercê* da sorte. Além disso, o direito ao acesso e à integralidade é comprometido, quando é necessário escolher quem fará um procedimento. Acrescentamos, ainda, as dúvidas sobre os critérios epidemiológicos que justificariam tantos aparelhos concentrados em uma mesma região, por exemplo, e também a isenção de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de

Serviços (ICMS) para a importação de equipamentos médico-hospitalares utilizados nos serviços privados (CUNHA, 2012).

Destacamos, igualmente, os questionamentos recorrentes de muitos apoiadores sobre as justificativas da manutenção do vazio assistencial no Norte e Nordeste, regiões marcadas por muitos desafios, dentre elas, uma rede assistencial aquém da necessidade da população, pela concentração de serviços nas capitais e pela dificuldade de fixar e qualificar os profissionais de saúde. Num polo oposto, outra indagação dos apoiadores refere-se aos excessos da medicalização no Sul e Sudeste 'maravilhas', as duas regiões do país com mais médicos, equipamentos de imagem e leitos hospitalares.

Nesse jogo paradoxal, temos o direito à saúde garantido na Constituição e com duas décadas e meia de investimentos públicos na construção da universalidade, equidade e integralidade. E, de forma concomitante, os inúmeros avanços produzidos pelo movimento da Reforma Sanitária pouco conseguiram desestabilizar uma poderosa máquina formada por um Estado de privilégios alinhado com os interesses econômicos do aparato médico-hospitalar, da indústria farmacêutica e da saúde suplementar<sup>69</sup>, que crescem em ritmo jamais visto.

As críticas e os obstáculos apontados, até o momento, e os que virão a seguir contribuem para dar a devida dimensão do tamanho dos desafios de fazer saúde pública de qualidade neste país, como reiteravam os apoiadores da PNH e corroborado pela nossa experiência. O HumanizaSUS, ao reunir importantes formulações do vasto campo da Saúde Coletiva para a superação do paradigma biomédico e da racionalidade gerencial hegemônica, coloca-se de forma radical contrário aos inúmeros mecanismos que enfraquecem o SUS e a saúde como direito.

Os acúmulos dos movimentos reformistas, que alimentam a PNH, e os muitos apoiadores com quem dialogamos nesta tese indicam que há sujeitos que ocupam novas posições. Há gestores comprometidos com a democracia, com a produção de corresponsabilização junto aos trabalhadores e usuários. Trabalhadores da saúde

---

<sup>69</sup> A Revista Radis, de novembro de 2013, traz uma nota sobre o pedido do Conselho Nacional de Saúde (CNS) à Presidenta Dilma Rousseff pelo veto de um artigo da Medida Provisória nº 619, de 1/10/2013, que criou o Programa de Fortalecimento das Entidades Privadas Filantrópicas e das Entidades sem Fins Lucrativos. O Programa, dentre outras concessões, anistiará planos privados livrando-os de "[...] um passivo de 4 bilhões com a Receita Federal" (RADIS, 2013, p. 09). Na recomendação o CNS destaca que o "[...] faturamento do mercado dos planos de saúde quase dobrou de 2003 a 2011, que a renúncia fiscal associada aos gastos com planos de saúde totalizam R\$ 15,8 bilhões, em 2011" (idem).

não são meros prestadores de serviço, tampouco devem se comportar como em uma linha de montagem. Estão provocados a construir novas relações com os usuários que, embora com conhecimentos técnicos limitados, sabem de si, de seu adoecimento e de como governam a própria vida. E usuários não mais submissos e silenciosos, compreendem sua saúde e o SUS como construção, desde se responsabilizar pelos cuidados até por se incluir nos movimentos que possam melhorar e garantir a continuidade do Sistema.

Mesmo com tantos impedimentos, trabalhadores do e pelo SUS, somados aos também apoiadores da PNH, compõe um "numeroso exército anônimo" (SANTOS, 2010), são

[...] milhares de experiências locais, no âmbito da micropolítica e microprocesso de trabalho: apesar de frágeis e muitas vezes fugazes, são portadores de persistente adesão ao conjunto dos princípios e diretrizes constitucionais, e capacidade de multiplicarem-se. (idem, p. 283).

O SUS, em que pesem as inúmeras críticas, produz experiências cotidianas que são frutos de sujeitos comuns que dão concretude aos princípios constitucionais. No dia a dia uma rede de resistência é tecida e sustenta a saúde como dimensão de cidadania. Essa rede de inúmeros anônimos produz um "SUS que dá certo" bem perto de nós. É notório que nem tudo o que é produzido pelo/no SUS seja sinônimo de avanços democráticos e de autonomia dos sujeitos envolvidos. Entretanto, há nessa experiência os indícios da potência deste projeto que faz do direito à saúde um valor a ser compartilhado, como ilustramos com o percurso sobre a PNH realizado no capítulo anterior.

### **3.2- BRASIL. QUAL, QUAIS? OS MUITOS BRASIS**

Ao apostar em modos singulares de fazer política de saúde, como almeja e fomenta a PNH e que já discutimos no capítulo 2, parece-nos que também é necessário olhar para o SUS e para o Brasil na busca por compreender que não há um todo homogêneo. Como já evidenciamos nossas experiências no SUS, as andanças pelo país, os encontros com os muitos profissionais de várias regiões foram somados aos estudos no campo da Saúde Coletiva, fazendo-nos questionar

sobre de qual Brasil se trata. Uma das características que saltam aos olhos é que há uma paisagem com muitos e distintos 'Brasis'.

Aproveitamos as críticas ao movimento sanitário (CAMPOS, 2007; SANTOS, 2010; PAIM et al., 2011; BAHIA, 2013, 2014), e, uma vez que nossa pesquisa é sobre uma política de saúde que nos convida a desnaturalizar um estado de coisas, algo a ser dessacralizado é o "dilema brasileiro"<sup>70</sup>. Buscaremos, sem a pretensão de abarcar a ampla produção das Ciências Sociais sobre essa questão, refletir sobre algumas de nossas mazelas que não são naturais e contribuem para a negação ou frágil exercício da saúde como uma das dimensões da cidadania.

Vera da Silva Telles, desde 1980, é uma das autoras que tem se debruçado sobre o "dilema brasileiro", tomando como problema a pobreza desmesurada como o avesso da cidadania que acompanha a história deste país. "Direitos sociais, afinal do que se trata?": é com essa questão nada trivial e tampouco retórica colocada por Telles (2006) que ganhamos força para ampliar nossa compreensão sobre os desafios de fazer e pensar a saúde.

A desigualdade social, criticada pela autora, compõe parte da paisagem natural, assim como uma floresta que é formada por árvores e bichos. A pobreza, como está naturalizada, é colocada fora da trama social. Ela até nos incomoda, mas não há como interferir, já que compõe a história brasileira, desde o seu (suposto) início, marcado pela colonização e escravidão. Neste modo de compreender o país, as desigualdades estão localizadas em "[...] um mundo sem autores e sem responsabilidades" (idem, p. 11), onde nada se pode fazer a não ser lamentar.

Outro obstáculo a ser destacado pela autora é que os direitos civis são comumente travestidos e confundidos com favores feitos pelos mandatários aos mais pobres, caracterizando assim a "cultura da dádiva" (TELLES, 1994) que acompanha a nossa concepção de cidadania. O Estado é utilizado de modo privado, em proveito de alguns e em detrimento de muitos, e os direitos conquistados, a despeito dos avanços no aparato normativo, continuam disfarçados nas dimensões de favor e caridade.

---

<sup>70</sup> O dilema brasileiro, dentre outros autores, foi tematizado por Roberto Da Matta na obra "Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro". O Brasil é tomado pelo autor como sendo "dual", "dilemático", porque o encontro dos dois mundos, como tradicional X moderno; casa grande X senzala; urbano X rural, dentre outros exemplos de polaridade, potencializa a desumanidade de ambos.

A experiência brasileira marcada pelo clientelismo e pela privatização de interesses é enfatizada pelo movimento sanitário (CAMPOS, 2007; SANTOS, 2010). É com radicalidade que Milton Santos<sup>71</sup> afirma: "[...] o Brasil jamais teve cidadãos, nós, a classe média, não queremos direitos, nós queremos privilégios, e os pobres não tem direitos, não há, pois, cidadania neste país, nunca houve."

Se ainda pouco experimentamos de cidadania, tal como Santos provoca, não é que jamais a teremos. Mais do que um ponto de chegada e de uma conquista definitiva, para nós trata-se de sinalizar os passos lentos, e muitas vezes desritmados que trilham um caminho na construção da ampliação da justiça social no país. Embora as forças contrárias sejam muitas e não possam ser ignoradas, como esses autores nos ensinam.

A naturalização das desigualdades sociais e a manutenção de privilégios contribuem para nossa reflexão já que nos fazem estranhar e indignar com o que não poderia ser comum, com o que não poderia ser consenso ou trivial. Trazemos essas dimensões para enriquecer nossa análise e porque compreendemos que estão relacionadas com a produção de saúde e de cidadania.

Assim, a colagem entre o excesso de pobreza e a falta de empenho político para a construção de condições concretas para se ter saúde mantém muitos brasileiros distantes dos direitos sociais, e em especial aqui, do direito à saúde. As "desigualdades sociais fazem mal à saúde" (BARATA, 2009), também porque compõem o farto limbo da invisibilidade já que são consideradas como fora do jogo de negociações.

Este é o limbo que produz as iniquidades, a "mais grave doença brasileira" (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2006), que interfere diretamente nas condições de saúde individual e coletiva da população. As iniquidades são "[...] desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias", segundo definição da OMS<sup>72</sup> e constituem um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil.

Para enfrentar as diferenças injustas e evitáveis, que marcam os modos e as condições de vida de sujeitos e grupos, é preciso desnaturalizar o tripé que as

---

<sup>71</sup> Documentário "Encontro com Milton Santos: o mundo globalizado visto do lado de cá", de Silvio Tendler (2007).

<sup>72</sup> Esta é a definição de Margareth Whitehead utilizada pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006, em consonância com a Comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS).

ancora. Este tripé é formado por racismo, sexismo e classe social (CARTA DO RECIFE, 2013), aspectos em que nos deteremos abaixo.

### 3.3- AS INIQUIDADES EM SAÚDE

Neste exercício de problematização, o primeiro aspecto que salta aos nossos olhos é que o Brasil está na lista dos dez países com mais desigualdade social no mundo, sendo o 4º país na América Latina no ranking das desigualdades sociais das agências da ONU. Um dos índices utilizados para medir a desigualdade social é o coeficiente de Gini<sup>73</sup>, indicador de distribuição de renda, que permaneceu estável desde os primeiros anos de 1980, oscilando em torno de 0,60 (OPAS, 2012, p. 130).

A trajetória da desigualdade de renda no país, de 1970 a 2000 lembra o "cardiograma de um morto", sem nenhuma alteração mesmo no período da ditadura, com os avanços democráticos e, ainda, com as trocas de moedas segundo o economista Marcelo Neri. Entretanto, é com bastante otimismo que o autor enfatiza que "[...] os primeiros anos do início do novo milênio serão conhecidos nos futuros livros de história brasileira e de história geral, como de redução da desigualdade." (NERI, 2013).

Embora o Brasil seja marcado pelas desigualdades, o país vive o menor índice Gini de sua história, conforme Neri (idem). Os melhores indicadores estão na diminuição da distância entre ricos e pobres, na diminuição de pessoas vivendo abaixo da linha internacional da pobreza (menos de U\$ 1,25 por dia) e nos índices de educação, como o aumento dos anos de escolaridade e na taxa de alfabetização de adultos. Somam-se aqui os aspectos relacionados com à saúde, nos quais temos interesse em especial.

A OMS reconhece os avanços brasileiros conquistados na última década com a criação de empregos formais, diminuição do analfabetismo e os programas de transferências de renda, como o Programa Bolsa Família, o Programa de Proteção Continuada e a Previdência Rural. Essas foram as principais ações que contribuíram para a melhoria das condições de vida da parcela mais pobre de nossa população (OMS, 2010).

---

<sup>73</sup> Dados do Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento, de 2010, apontam o Brasil com o resultado de 0,56 no índice de Gini, sendo assim, o quarto país mais desigual da América Latina.

O crescimento econômico atrelado aos investimentos nas políticas sociais, para nossa discussão em especial no SUS, produziram melhorias como o aumento da cobertura da atenção primária; aumento da expectativa de vida<sup>74</sup> em ambos os sexos e, ainda, com a diminuição da distância entre a expectativa de vida no Nordeste e no Sul, respectivamente as regiões mais pobre e rica do país; além da diminuição da mortalidade infantil. Esses são alguns dos avanços inegáveis produzidos pelo país nas últimas décadas (OMS, 2010; OPAS, 2012).

Embora haja ações concretas sinalizando que o Brasil está enfrentando as desigualdades sociais, iremos destacar também alguns aspectos e indicadores que evidenciam quão perversas são as iniquidades em saúde.

Tomamos como exemplo a região mais pobre do país, a Nordeste. Os problemas que afetam e adoecem grande parcela da população, e que receberam destaque na 1ª Conferência Regional dos Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste, foram falta de acesso a água e saneamento básico; permanente convívio com violência e uso de drogas nocivas à saúde; insegurança alimentar e nutricional, além das altas taxas de mortalidade por homicídio na juventude negra (CARTA DO RECIFE, 2013).

Ao voltarmos nossa atenção, por exemplo, para a região Norte, o IBGE destaca que 80,1% dos domicílios urbanos permanecem sem acesso simultâneo a serviços de saneamento. Em comparação com as demais regiões, o Norte apresenta o maior número de internações<sup>75</sup>, sendo deste total 80% relacionadas à doenças de transmissão fecal-oral (IBGE, 2013).

Os indicadores de mortalidade materna e infantil são considerados como indicadores sensíveis que refletem as condições de vida e as mudanças sociais de toda uma população (BRASIL, 2010). Os indicadores nos servem para problematizar as iniquidades, além de respaldar a importância da participação da PNH e de seus apoiadores nas ações para promoção de mudanças na saúde materno-infantil, como discutimos no capítulo anterior.

Em que pese a significativa diminuição da mortalidade infantil<sup>76</sup> e a melhora na saúde materna, no período de 1990 à 2010, ainda temos situações opostas

---

<sup>74</sup> Apesar dos avanços, a expectativa de vida no Brasil é inferior quando comparada a de Cuba, Argentina, Chile e Uruguai (PAIM, 2014; OPAS, 2012).

<sup>75</sup> Internações por 100 mil habitantes na região norte é de 693,8 em 2010 (IBGE, 2013).

<sup>76</sup> A mortalidade de crianças menores de 5 anos no país era de 53,7/1.000 em 1990 e está em 18,3/1.000 em 2010. Em 2010 a mortalidade de crianças no Sul estava em 13,5/1.000 e no Norte

quando o recorte de análise é a comparação por regiões e por raça. As crianças na Região Sul têm quase o dobro de chances de viver que as do Norte do país, e a mortalidade infantil indígena é mais que o dobro comparada à de crianças não-índias. A situação das mulheres durante a gestação, no mesmo período, também melhorou com a diminuição da mortalidade e a redução de gestantes sem nenhuma consulta de pré-natal. Entretanto, o acesso aos cuidados na gravidez, por exemplo, continuam mais difíceis no Norte e Nordeste (IBGE, 2013; BRASIL, 2010).

Além das questões regionais, do conjunto de mulheres grávidas 75,2% das brancas, 53,8% das negras e 18,9% das indígenas realizaram mais de seis consultas de pré-natal em nosso país (OMS, 2012). As mulheres e crianças negras morrem mais em comparação com as brancas. E também peregrinam mais à procura de assistência à saúde, e quando conseguem, ainda recebem menos analgesia no parto e estão mais vulneráveis às violências obstétricas, por exemplo. (LEAL et al., 2005).

Neste recorte de análise que compara a situação entre brancos, negros e índios, Paim destaca que a população indígena é a que tem a pior taxa de mortalidade infantil e nos lembra que "[...] se os negros no Brasil têm sido excluídos e têm sido sacrificados em um conjunto de questões sociais, os nossos índios estão numa situação ainda pior." (PAIM, 2014).

Novamente destacamos a importância da participação da PNH e dos apoiadores nas ações em parceria com a Saúde Indígena. Construir ações para dar visibilidade ao que ocorre com esses povos no cenário nacional é um dos maiores desafios. Além disso, é necessário ampliar a compreensão de que estas pessoas são cidadãos, usuários do SUS, e não uma pauta restrita à SESAI. Estes foram ricos aprendizados construídos ao longo de nosso percurso como apoiadora da PNH nas relações com os trabalhadores da Saúde Indígena, e juntos colecionamos questionamentos: Como avançar na garantia do acesso à saúde com respeito aos saberes tradicionais? Como movimentar o Estado de forma a enfrentar as iniquidades deste país, principalmente a invisibilidade, que de forma estratégica, insiste em homogeneizar as mais de trezentas etnias brasileiras?

---

25/1.000. A Razão de Mortalidade Materna era de 143,2/100.000 em 1990 e está em 68,2 em 2010 com a diminuição foi de 51% em três décadas. Mas os indicadores ainda são altos em comparação a países como Chile, Cuba, Uruguai e Argentina (BRASIL, 2010).

Olhar o país pelo viés das iniquidades, aponta-nos que enfrentar a histórica desigualdade brasileira é mexer com os pilares que a sustentam. Mais alguns exemplos que ilustram o tamanho dessa tarefa são as relações desiguais e de subordinação que continuam marcando as posições prévias que homens e mulheres, brancos e não-brancos ocupam nas relações públicas e privadas. Em uma década, de 2002 a 2012, houve crescimento de trabalhadores com direitos trabalhistas, mas os negros e pardos continuam sendo maioria no mercado informal. O recorte por raça/cor também evidencia que as mortes por agressões são maiores em jovens negros e pardos moradores de bairros pobres. E as mulheres ainda são minorias nos cargos de direção e gerência e existe maior desigualdade de rendimentos entre homens e mulheres mesmo nos setores em que elas são maioria como a saúde, educação e serviços sociais. (IBGE, 2013).

Os recortes e os indicadores apresentados são pequenos exemplos que nos auxiliam na problematização da realidade brasileira, indicando um cenário plural e desigual, os muitos Brasis. Nessa complexidade, incluímos ainda o fato de que as iniquidades não se restringem aos limites geográficos, tampouco às categorias identitárias (sexo, raça, classe social, ocupação, idade, orientação sexual, religião, local de nascimento e etc.).

Em tese, a falta de água tratada é um problema crônico em lugares da região Nordeste, mas com frequência as aldeias indígenas de Mato Grosso do Sul passam dias sem água<sup>77</sup>, assim como muitos bairros pobres de qualquer parte do país. E ao impossibilitar o acesso à água tratada, por exemplo, muitos outros bens e direitos são negados. O sertão também é aqui, é do tamanho da pobreza que assola este país e compõe esse cenário de violação de direitos já naturalizados.

Neste exercício de prestar mais atenção ao tripé - racismo, sexismo e classe - que sustenta as desigualdades sociais, pode-se perceber o quanto essas dimensões demarcam os modos de administrar a vida de qualquer um/uma, e, ainda de forma estratégica, estão invisíveis, como se vários aspectos assinalados já tivessem sido superados, compondo o passado do cenário nacional.

---

<sup>77</sup> É recorrente nos noticiários locais a falta de água nas aldeias de Dourados e também em outras regiões de Mato Grosso do Sul. Como exemplo em 2014, vide: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2014/02/indigenas-reclamam-de-falta-de-agua-em-aldeias-de-dourados-ms.html>>. Em 2013, vide: <<http://www.douradosinforma.com.br/noticias/regional/sem-agua-indigenas-fazem-servidores-da-sesai-refens-em-aquidauana>>. Em 2011, vide: <<http://www.progresso.com.br/caderno-a/indigenas-disputam-agua-de-riacho-na-aldeia-bororo>>.

Assim, é notório que as desigualdades sociais fazem mal a saúde (BARATA, 2009). É um adoecimento que afeta ricos e pobres. É um tipo de doença que contamina a experiência de vida também dos mais abastados que moram num país desigual como o nosso.

Vale destacar, ainda, que nesta reflexão não nos interessa um recorte somente econômico, já que "[...] não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social." (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006, p.83). Mais do que o nível de renda, são as formas de sociabilidade e coesão as características principais nas sociedades mais igualitárias (BARATA, 2009), embora promovê-las e experimentá-las tenha ficado cada vez mais difícil.

Mais um aspecto que acrescentamos aqui e compõe o naturalizado estado de coisas é o jogo midiático, que também está a serviço da manutenção das desigualdades sociais, e ignora os avanços produzidos pelo SUS e demais políticas públicas. Além de não dar visibilidade às melhorias nas condições de vida, a grande mídia reforça as inovações e o desempenho do setor privado. "A falência dos serviços públicos é mobilizada como prova da verdade de um discurso que opera com oposições simplificadoras, associando Estado, atraso e anacronismo, de um lado, e, de outro, modernidade e mercado." (TELLES, 2006, p. 172).

Os ventos neoliberais são insidiosos em alimentar a falência do público e exaltar os sucessos do mercado. A cidadania do consumidor é acrescida da descrença na possibilidade de mudança. É um cenário que se apresenta de forma implacável, restringindo a saúde e o SUS a meras produções de procedimentos em conformidade com as regras do jogo, reduzindo o trabalhador a mais um recurso (humano) e o usuário à categoria de consumidor. Como ir além?

Insistimos na discussão das desigualdades sociais porque a maior parte de nossas ações como trabalhadores e gestores do SUS estão centradas em medidas superficiais e paliativas. Como enfatiza Fleury (2013), trabalhamos sem a devida dimensão que "[...] administramos a precariedade como se fosse inexorável."

Segundo Bahia "[...] a função que os sistemas de saúde têm de cumprir é a de reduzir desigualdades.". Apesar dos avanços produzidos nas últimas décadas, a autora destaca que

[...] o assistencialismo é componente essencial dos sistemas de bem-estar social, mas não pode ser visto como a política. A transferência condicionada de renda tem sido a principal política de saúde do país, mas não modifica desigualdades, não resolve problemas de saúde e não incorpora os direitos de cidadania (BAHIA, 2013, p.15. grifo da autora).

Mesmo concordando com tal assertiva, somos invadidas pelos ares pessimistas e questionamos se o atual projeto político e econômico suporta a radicalidade necessária para modificar as desigualdades sociais e ampliar o exercício da cidadania e da democracia. Parece-nos que esse é um dos muitos paradoxos dos tempos em que vivemos. É necessário trabalhar tendo como norte ético a provocação de Bahia na busca por construir respostas para: "Como os sistemas de saúde podem contribuir para que o mundo seja menos desigual em relação à saúde?" (idem).

Ao ampliar o conceito de saúde com os determinantes sociais, em conformidade com os movimentos reformistas e com o campo da Saúde Coletiva, buscamos a superação dos modos dicotômicos e reducionistas que mantêm as cisões do que compreende ser objetivo ou subjetivo, individual ou coletivo, saúde ou doença, micro ou macropolítica. A compreensão de saúde ampliada mostra-nos que médicos, hospitais e remédios, embora sejam tomados aqui como direitos e, como tais, essenciais para enfrentar e minimizar os adoecimentos inerentes ao viver, não resultam em melhores condições de vida, não impactam, necessariamente, nos indicadores sociais e de saúde de um grupo ou população.

Enfrentar desigualdades "[...] depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual do poder e propriedade." (BARATA, 2009, p. 53). O que almejamos, então, são condições mais igualitárias de acesso a bens e serviços que garantam a dignidade da vida, sendo na linha de partida e não na de chegada. Mobilizar forças que possam reativar os debates que marcaram os movimentos reformistas nas décadas anteriores para questionar a produção em série de adoecimentos, sofrimentos e pobreza que mantêm os serviços lotados, demandas e filas de espera infinitas.

### 3.4- SOBRE O EMPOBRECIMENTO DA VIDA

Os vieses que distinguem ricos e pobres, brancos e não-brancos, homens e mulheres apresentam polaridades significativas e interferem nos modos vida, ao condenarem uma parcela da população ao acesso precário ou à negação de direitos. Entretanto, as polaridades são "máquinas binárias" (DELEUZE; PARNET, 1998) e deixam escapar dimensões que consideramos tão importantes quanto as discutidas acima.

Existe um outro tipo de pobreza/doença que também nos interessa, mas que não pode ser medida pelos indicadores disponíveis. Há algo que nos faz todos pobres, num empobrecimento da vida. É a "gorda saúde dominante", que nos fala Deleuze (1997). Nesse enfraquecimento de diversas formas de existência, temos as experiências humanas cada vez mais restritas aos guetos identitários, marcados pelos recortes acima que são somados a vários outros, e às políticas de saúde, em muitos momentos, servem como estratégia para reafirmar as perspectivas naturalizantes.

Assim, na "gorda saúde dominante", há combinação de sutilezas e deliberações, que nos mantêm condenados a uma forma padrão de vida reduzida à normatização e à medicalização, com a supervalorização do corpo, com a promessa da juventude eterna, com ideais inatingíveis de boa forma, de beleza e de alegria farmacêutica. Num jogo em que tudo se compra, de desejos a subjetividades em série, tudo pode ou deve ser tratado e curado. Temos assim a construção de "[...] um cadáver vivo, habitando essa zona intermediária entre o humano e o inumano, máquina biológica desprovida de sensibilidade e excitabilidade nervosa." (PELPART, 2007).

Vivemos tempos de biopolítica em que o sonho de felicidade e de saúde é uma "[...] existência asséptica, indolor, prolongada ao máximo, onde até os prazeres são controlados e artificializados: café sem cafeína, cerveja sem álcool, sexo sem sexo, guerra sem baixas, política sem política - a realidade virtualizada." (idem, 2014).

Acrescentamos, que, nestes tempos incertos, merece destaque a força do discurso hegemônico na promoção ilusória da igualdade, como se todos fôssemos iguais. Coimbra e colaboradoras nos fazem um alerta essencial e que corrobora nossa posição, já que não pretendemos reduzir as diferenças a desigualdades:

[...] o capital exige para sua sobrevivência a homogeneização das multiplicidades dos diferentes modos de perceber, agir, sentir, pensar e viver. Tudo vai sendo laminado, excluindo toda e qualquer diferença considerada como algo negativo. O que estamos afirmando é a positividade da diferença que não pode ser pensada pelo par semelhança-dessemelhança, que tem sido em nosso mundo o fundamento noção burguesa da igualdade. Ela será sempre referida a um modelo, a uma norma ideal, comparada a um padrão, remetendo-a a algo que lhe é externo. (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2009, p. 35).

Essa trama é composta por inúmeras dimensões cujo projeto neoliberal, em curso, atravessa tudo e todos. A manutenção de um SUS para pobres, a formação dos profissionais à revelia do projeto de universalização na saúde e os interesses individuais como medida de todas as coisas, são alguns dos aspectos. Além disso, os interesses do mercado na busca por vender até o bem viver e que se conecta com o desejo infinito de consumir, a crescente medicalização dos modos de administrar a vida com a promessa de resoluções rápidas e indolores marcam a contemporaneidade. Incluímos ainda a força da "racionalidade carcerária" (PELBART, 1991) que aprisiona o pensamento e a subjetividade ao demarcar um lugar triste para a desrazão. Sentimos coletivamente os efeitos.

Para ilustrar, tomemos a forma mulher-padrão como exemplo. A mulher, objeto generalizado e naturalizado da política de saúde, que é ou será mãe, está limitada à sua constituição biológica, racional, heterossexual, branca, escolarizada e moradora dos grandes centros. Esta forma padrão não corresponde à experiência concreta das mulheres em sua pluralidade, deixando de fora as mulheres indígenas (são trezentas e cinco etnias reconhecidas), negras, ciganas, lésbicas, ribeirinhas, as que não podem ou não almejam a maternidade, as que vivem em situação de rua ou no campo, as que beiram ou estão inundadas pela insanidade, as que se produzem como mulher a despeito do sexo biológico, dentre tantas outras.

Enfrentar o "apequenamento da existência" (PAULON, 2003), que se concretiza desde os modos de subjetivação até as políticas de saúde, implica a produção de um olhar para as muitas formas de ser/estar mulher e suas singulares compreensões de corpo, cuidado e saúde na "[...] desconstrução da sinonímia gênero-mulher e mulher-mãe" (CORRÊA, 2001; MEYER, 2003; MARTINS et al., 2014). Implica reafirmar o compromisso ético - tarefa coletiva e inconclusa - na construção de políticas e práticas que promovam a produção de formas de vida em que graus maiores de autonomia serão almejados.

Por isso, questionamos: "[...] qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem, pelos organismos e gêneros e no interior deles?" (DELEUZE, 1997, p. 14).

O convite aqui é para a criação de "empreendimentos de saúde" (DELEUZE, 1997), singulares e inusitados modos de cuidar, sentir e viver. E ao longo do texto, fomos provocadas a pensar no "[...] demasiado direito humano à singularidade em oposição às inúmeras formas de apequenamento da existência." (PAULON, 2003).

Sendo assim, tomar a saúde como invenção, dimensão complexa e em constante mutação, que sempre nos escapa e está inseparável dos aspectos econômicos, sociais, ambientais, culturais, subjetivos, dentre tantos outros, é ampliar nosso olhar e a construção dessa pesquisa sobre um outro modo de fazer política e produzir outras saúdes. E para isso precisamos de

[...] um novo fim, também um novo meio, ou seja, uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz, mais temerária, mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (NIETZSCHE, 1996, p. 206).

### **3.5- ENTÃO, QUAL CIDADANIA INTERESSA?**

A cidadania e a democracia compõem o nosso horizonte ético, mas enfatizamos que não tratamos aqui de concepções idealizadas ou de comparações simplistas com os patamares alcançados pelos países considerados desenvolvidos. Estamos cientes de que há compreensões de cidadania, direitos humanos e justiça social que são peças para a manutenção da engrenagem neoliberal. Um bom funcionamento do Estado de direitos é conquistado com políticas compensatórias, que legitimam as relações desiguais e justificam o abismo entre alguns benfeitores e muitos assistidos.

Para essa reflexão

Não se trata de 'pleitear' direitos naturais e individuais que descenderiam de uma essência transcendental do "homem". É a luta contra a desigualdade e pela liberdade que transforma os homens e constitui os direitos. O que interessa são os homens que resistem e, assim, criam e produzem materialmente seus direitos e, nessa exata medida, constituem outro mundo e também outro homem. (COCCO, 2009, p. 26).

A constante luta pela produção de outros modos de estar no mundo evidencia que tanto os direitos quanto os seres humanos<sup>78</sup> não são naturais. O humano e a construção de formas para garantir a dignidade da vida são criações demasiadamente humanas, como nos ensinam as proposições nietzschianas. Trata-se, então, da constante invenção de modos de ser, estar, habitar e até resistir ao presente.

Recusamos assim a forma homem-padrão que, segundo Nietzsche, é este ser domesticado, "[...] uma espécie diminuída, quase ridícula, um animal de rebanho, um ser de boa vontade, doentio, medíocre, o europeu de hoje..." (2005, p. 61). Nosso interesse é pelo humano como fabricação constante de si no mundo, uma vez que a norma e o modelo "[...] não coincidem com nenhuma existência concreta" (BENEVIDES; PASSOS, 2005b, p. 390).

Assim, alinhadas com o pensamento deleuziano, para nós não há essência, busca por um ideal ou algo que já existe de antemão e deverá ser encontrado. Para Deleuze "[...] a justiça não existe! Direitos Humanos não existem! O que importa é a jurisprudência. [...] Trata-se de criar, não de se fazer aplicar os Direitos Humanos." (DELEUZE, 1988).

Interessamo-nos, a partir dos muitos pensadores com os quais dialogamos ao longo do texto, pela cidadania e democracia como uma aposta possível. Mais do que formas preestabelecidas e idealizadas, são jeitos de nomear, sonhar e exercitar modos de regulação das relações sociais que garantam dignidade da vida, de qualquer vida, por uma vida coletiva.

Estamos cientes de que "[...] a única coisa universal no capitalismo é o mercado" (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 128) e por isso reafirmamos que a nossa discussão não é por ideais e universais. Mas pela abertura à criação de novos direitos e modos singulares de cuidar, trabalhar, sentir, fazer política e, ainda, pesquisar em saúde. Sendo assim, enquanto coletivamente não se produz nomeação melhor, continuamos com tais termos, mas num jogo distinto. Para nós, "[...] a construção da cidadania, mais que um atributo formal e universal, supõe um

---

<sup>78</sup> Há um amplo debate sobre os conceitos de humano e humanização na PNH. Vide Benevides e Passos (2005a; 2005b) que como formuladores da Política marcaram, com radicalidade, a posição ética contra a idealização do humano. Em nossa dissertação também abordamos a diferença da proposta da humanização enquanto um programa do Ministério da Saúde e depois com a Política. Reafirmamos que nosso interesse é pelo humano como criação constante de si no mundo.

projeto aberto às expressões das singularidades e especificidades da condição humana." (LUZIO, 2010, p. 58).

Como nos ensina Deleuze, resistência e criação caminham juntas e "[...] falta-nos criação. Falta-nos resistência ao presente." (DELEUZE; GUATTARI, 1992, p. 130). Faltam-nos modos coletivos de luta frente "[...] à servidão, ao intolerável, à vergonha, ao presente." (idem, p. 132).

O convite deleuziano é para este mundo, já que, no pensamento da imanência, não há outro, acima ou abaixo. É para produzir acontecimentos, mesmo que moleculares, apostar na mudança e encontrar/inventar modos coletivos de produzir diferença, tal como fazem os muitos apoiadores da PNH. Assim, é em cada tentativa que podemos avaliar as capturas, as resistências ou ambas. Essa é uma avaliação que não pode ser feita sem a experiência.

Seguimos com o pensamento de Deleuze:

Acreditar no mundo é o que nos falta: nós perdemos completamente o mundo, nos desapossaram dele. Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volumes reduzidos. [...] Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo. (DELEUZE, 2000, p. 218).

Frente aos tantos desafios e incertezas, parece-nos que não é demais reafirmar qual o principal tema da reflexão aqui proposta. Trabalhar e pesquisar a saúde como direito, como dimensão de cidadania, pelo fortalecimento do SUS e por outros modos de fazer política. As políticas que nos interessam são as que contribuem para combatermos as sutis e as deliberadas experiências de assujeitamentos. E assim nos alinharmos com as forças dos movimentos reformistas, incluindo o HumanizaSUS e seus apoiadores na construção de outro *ethos*.

Destacamos aqui as ideias de Sérgio Arouca sobre um desejo político em que a saúde está em composição com a democracia, que foram retomadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, e que ainda se mantêm atuais:

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca vamos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira. (BRASIL, 2003).

Dos muitos desafios a serem enfrentados, para avançar na Reforma e na consolidação do SUS, incluímos uma dimensão cara em nossa discussão e defendemos, com este texto, que a PNH tem contribuído para tal: o fortalecimento de uma rede de resistência para atualização do compromisso coletivo com a vida de qualquer um/uma, de todos nós. Nesse aspecto, as histórias da PNH, ao longo de um pouco mais de uma década de experimentações produzidas pelos apoiadores nos serviços da rede SUS, configuram contribuições singulares que dão vida diariamente a essa Política de coletivos.

Se no início deste subitem, perguntávamos sobre qual cidadania almejávamos, reafirmamos como defendem os movimentos reformistas que saúde é democracia, que não há saúde possível sem o livre exercício do pensamento e da crítica. Assim, saúde, humanização, cidadania e democracia são plurais, não estão dadas, mas são processos de lutas pelo direito a ter direitos e a diferir, tal como os autores com que dialogamos aqui defendem. Tomar a humanização como projeto do SUS é um convite à constante invenção de nós mesmos e de nossas práticas. É nos incluirmos na atualização do direito à saúde, não qualquer saúde, e sim aquela que aumente a nossa potência coletiva de agir.

Reiteramos que uma das nossas preocupações com este trabalho é manter a compreensão de que há diferentes regimes de visibilidade. Os imperativos neoliberais naturalizam as perversidades e reduzem a cidadania ao consumo. Embora estejamos cientes disso e tenhamos analisado ao longo do capítulo alguns dos muitos desafios existentes para enfrentar as iniquidades deste país, o SUS resiste e vem se construindo a contrapelo da história, numa luta constante pelo direito à saúde no mundo do capital.

É num movimento de resistência ao que é intolerável no presente (DELEUZE, 2000), que incluímos a PNH e apoiadores, os trabalhadores do e pelo SUS. As muitas narrativas que trouxemos no capítulo anterior sinalizam acontecimentos no SUS. Há uma história minoritária sendo produzida por muitos sujeitos que exercitam outros modos de fazer política. Apoiadores da PNH e do SUS insistem que é possível produzir mudanças para alcançar novos patamares na construção de um *ethos* pela saúde de qualquer um/uma. Tarefa que não é trivial no momento em que vivemos.

#### 4- CONSIDERAÇÕES FINAIS: ENTRE EXPROPRIAÇÕES, A PRODUÇÃO DE UMA NOVA SUAVIDADE

tem que acontecer,  
tem que ser assim  
nada permanece inalterado até o fim.

Zeca Baleiro

quando alguma coisa acontece,  
é a prova que alguma coisa que acontece.

Guattari

Nossas experimentações teórico-práticas com a Política Nacional de Humanização, na busca pelo fortalecimento do SUS, apontam muitos desafios e questionamentos. Realizamos, ao longo deste texto, um exercício de pensamento construído no diálogo com as narrativas dos muitos apoiadores da PNH. Os apoiadores contaram fragmentos de uma década de história desta Política indicando-nos tanto as mudanças no olhar, nas práticas e nos serviços de saúde, quanto o tamanho da tarefa empreendida em tempos atuais.

Almejamos com este percurso "[...] constituir uma posição de análise, isto é, perspectivar as singularidades do acontecimento, rondá-lo dia e noite para fins de adentrar a carne e romper as evidências que se assomam ao nosso olhar." (FONSECA et al., 2006, p. 655). Questionamos o que é dado como evidente e natural para ampliar a compreensão e o mapeamento do jogo de forças, sempre provisório, no qual estamos inseridas.

Nesta cartografia, o nosso olhar, o olhar dos demais apoiadores e as atividades da PNH estavam, e ainda estão, em mutação. As rodas de conversa com os trabalhadores de saúde, os apoiadores da PNH e o cotidiano do SUS nos forçaram a pensar. O ato de pensar implica usar, de modo indissociável, a paixão e a razão ao contaminar-se pelos encontros que, quando são alegres, aumentam a nossa potência de agir. Desse modo, na pesquisa cartográfica não estamos separadas do que conhecemos e, como diz o ditado popular, "a cabeça só pensa onde os pés pisam".

São os encontros que forçam o pensamento, que quebram o que se apresentava como formas homogêneas e padronizáveis, produzindo agenciamentos

ainda não previstos. É quando o pensamento entra em relação com as forças que constituem o fora, que se faz possível criar uma rede de resistência, transformando-o em uma "máquina de guerra"<sup>79</sup> (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

As experimentações na e a partir da PNH, os encontros cotidianos com os muitos apoiadores, que trabalham em um alinhamento ético com essa Política e com os princípios do SUS, foram os intercessores da pesquisa. Nossa vivência como consultora e compondo o Coletivo Nacional do HumanizaSUS no Ministério da Saúde, no período de 2010 à 2013, as conversas para a tese com cinco outros consultores e a leitura de setenta e oito documentos finais/narrativas de um curso de formação compuseram o nosso campo problemático. Em meio a tantas narrativas, uma questão nos norteou: O que dizem os apoiadores da PNH sobre a sua tarefa no SUS?

Utilizamos os pensadores da Filosofia da Diferença e também da Saúde Coletiva, principalmente os alinhados com o HumanizaSUS, que nos auxiliaram na empreitada por enxergar os indícios tanto das capturas, quanto das formas de resistências, sem lamentar o presente.

Construímos dois planos de análise que estão interligados e que dialogam mutuamente. No capítulo 2, fizemos um demorado passeio pela Política Nacional de Humanização, por suas propostas, momentos, eventos, divergências e questionamentos que marcaram apoiadores, consultores e parceiros. Problematizamos o HumanizaSUS como uma obra aberta e uma tarefa coletiva, que tem disputado espaço no Ministério da Saúde, no cotidiano dos serviços e na produção acadêmica.

Os documentos finais/narrativas dos apoiadores e as conversações com os consultores que destacamos, ao longo do percurso, sinalizam as mutações nas práticas, no SUS e nos próprios atores que as constroem. Os apoiadores trouxeram-nos ricos momentos em que fazem uma avaliação de seu trabalho, dos desafios no apoio e das propostas da PNH no SUS.

Buscamos deixar a nossa atenção em alerta, para que não escapasse o que é relevante no percurso da PNH e também nas narrativas. As narrativas são

---

<sup>79</sup> Para Deleuze e Guattari, as máquinas de guerra compõem um mudança paradigmática. Nesta, o modelo, o interior, o acabado, os binarismos e a transcendência, que conformam os modos de pensar e viver, nos sedentizam. A máquina de guerra funciona pelo nomadismo, pela guerrilha, por fluxos. É composta por acontecimentos menores e por afetos nômades que estão em mutação e furam os inúmeros aparelhos de captura. (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

preciosos acontecimentos na busca por construir novos exercícios de democracia e outros modos de trabalhar e fazer política, portanto, estratégias para manter aquecida a rede que sustenta a saúde como direito e dimensão da cidadania.

A Política HumanizaSUS, com suas apostas e propostas, produz inflexões na racionalidade hegemônica a partir das experimentações fomentadas pelos apoiadores. Visa superar os modos verticais e assépticos de fazer saúde e, por isso, os apoiadores são convidados/provocados para serem

[...] 'interventores'; [que] não opera por prescrições, mas por práticas contingenciais, muito bem datadas e contextualizadas; amplia o sentido de política, concebendo-a como atividade que coloca sujeitos em relação para fazer pensar-problematizar normas, valores, instituições e práticas sociais, num processo de ativação, composição e intervenção coletiva nos modos de viver e conviver. (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014, p. 999).

Para efetivar as necessárias mudanças no SUS, a PNH precisa ser mais que uma prescrição teórica e metodológica. A PNH almeja ser um dispositivo, produzindo coletivos que sabem que as estratégias nunca estão dadas de antemão. São os muitos coletivos que sustentam a PNH, ao fabricarem questões, experiências, provisórias soluções para os desafios que enfrentados no cotidiano do SUS.

Foi por isso que algumas questões e críticas colocadas por membros do Coletivo Nacional da PNH foram retomadas e acrescidas das pautas dos apoiadores de diferentes instâncias do SUS. Acompanhamos e participamos de inúmeras rodas de conversa, em que os sujeitos destacaram analisadores e os debateram (e até se debateram), constituindo importantes momentos em que fomos todos provocados a pensar. Nas rodas, com os outros apoiadores, é que estranhamos o que nos é comum, o que não deveria sê-lo e avançamos no alinhamento ético em prol da vida coletiva.

Estamos cientes de que as narrativas apresentadas no texto são facetas da realidade, preciosos momentos que abrem brechas para que análises, desafios, angústias, constatações e intervenções no atual estado de coisas possam ganhar expressão. As transformações propostas pela PNH são processos, sempre postos à provas, sem ponto final. E as narrativas que trouxemos, ao longo do texto, eram um convite para que pudéssemos rejuvenescer e envelhecer de uma só vez, um acontecimento para Deleuze e Guattari (1992).

O acontecimento, a partir de Foucault, Deleuze e Guattari, é uma noção que nos acompanhou ao longo do percurso, auxiliando-nos a pensar. Operar com o conceito de acontecimento apontou para os momentos/tempos nos quais as forças criadoras estavam presentes, espaços em que os exercícios maiores de ousadia coletiva foram possíveis.

A noção de acontecimento, acrescida da problematização e da atualidade, compõe uma tríade foucaultiana. O exercício da problematização nos permitiu enxergar um pouco mais do que nos acontece, conhecer riquezas, desnaturalizar o que se apresentava como evidente. E a atualidade é um convite para manter a atenção tanto para o que se repete, quanto para o que difere no presente.

Somando as histórias do HumanizaSUS, construímos mais um plano de análise no capítulo 3. Este percurso, diferente do anterior, foi composto por um rápido passeio pelo SUS como campo de disputas em que a batalha pelo direito à saúde está longe de ser vencida, e pelos muitos 'Brasis' e suas iniquidades. Problematizamos também o empobrecimento da vida e, por fim, demarcamos por quais concepções de saúde e de cidadania lutamos. Muitos são os questionamentos, impasses e paradoxos que acrescentamos aos já apontados, no capítulo anterior, e que compõem nossa discussão sobre a saúde como dimensão de cidadania.

A saúde, como bem de consumo e, de forma concomitante, como valor, configura-se como uma luta em andamento. Há uma situação paradoxal em que os movimentos reformistas e o campo de conhecimento da Saúde Coletiva possuem acúmulos concretos para mudar o perverso cenário nacional, embora falte alinhamento político para isso. Como ressaltamos em várias passagens do texto, engrossando o coro dos apoiadores, os desafios são políticos e não técnicos.

Nesse jogo, temos o direito à saúde garantido na Constituição, e com duas décadas e meia de investimentos públicos na construção da universalidade, equidade e integralidade. E, ao mesmo tempo, os inúmeros avanços produzidos pelo movimento da Reforma Sanitária pouco conseguiram desestabilizar uma poderosa máquina formada por um Estado de privilégios alinhado com os interesses econômicos do aparato médico-hospitalar, da indústria farmacêutica e da saúde suplementar, que crescem em um ritmo jamais visto.

O SUS, em que pesem as inúmeras críticas, também produz experiências cotidianas que são frutos de sujeitos comuns dando concretude aos princípios

constitucionais. No dia a dia, uma rede de resistência é tecida e sustenta a saúde como "um valor sem dimensão" (BARROS; SILVA, 2014). Essa rede de inúmeros anônimos produz um "SUS que dá certo" bem perto de nós. É notório que nem tudo o que é produzido pelo/no SUS seja sinônimo de avanços democráticos e de autonomia dos sujeitos envolvidos. Entretanto, há nessa experiência os indícios da potência deste projeto que faz do direito à saúde um valor que nos é comum a ser construído e partilhado com todos e qualquer um, como ilustramos com o percurso sobre a PNH.

Ancorar um navio no espaço, tal como nos propusemos no início do texto, foi um convite para que o pensamento fosse do mar ao céu, sem hesitar, e um navio pudesse ser ancorado no ar. O possível ganhou novos contornos. Para essa tarefa, foi preciso um mutirão. Foram necessários muitos corações, corpos e narrativas para que algo acontecesse entre nós, para nós. Dizer nós foi uma estratégia por reafirmar o caráter político e a riqueza dessa experiência - processo – projeto, visando romper com os processos de privatização da vida (GRACÉS, 2009).

Este nós habita tempos e situações paradoxais em que a saúde como dimensão de cidadania ora avança, ora é atropelada pelos ventos neoliberais. Existem princípios constitucionais que respaldam a construção de ousadias para garantir a saúde da população, tal como a PNH. Há, ainda, um "exército de anônimos" (SANTOS, 2010), os trabalhadores do SUS, muitos também apoiadores da PNH, cuja riqueza destacamos no capítulo 2. E, ao mesmo tempo, temos a naturalização do abismo entre ricos e pobres, de um Estado que funciona para manutenção das iniquidades e de um mercado que cresce impulsionado pelo próprio Estado.

Os apoiadores e as nossas experiências sinalizaram que discutir a PNH e sua tarefa no SUS implica desnaturalizar práticas e também um país marcado pela desigualdade social e iniquidades. O convite foi para habitar outro espaço/tempo, e neste os sujeitos passaram a estranhar o descaso com o que deveria ser público e trabalham para que novos comuns possam ser criados.

O comum também nos acompanhou ao longo do texto. De Blanchot (2013, 2005), emprestamos as narrativas como acontecimento e a noção de comum. O comum não está dado, é produção e tem força para nos unir sem nos homogeneizar. É o que nos permite pertencer a uma Política, compondo uma narrativa coletiva, mesmo que discordando de alguns de seus aspectos. Desse

modo, apoiadores da PNH vão construindo uma experiência comum no e pelo SUS, e juntos passam a se indignar com o que é corriqueiro, para deixar de ser.

Estes são tempos em que "[...] se confundem as linhas de dominação e de liberdade, de controle e de escape, de comando e de resistência." (PELBART, 2003b, p. 13). Há inúmeras estratégias do jogo neoliberal em curso que enfraquecem e esvaziam de sentido o debate do que é, do que deveria ser público, coletivo, comum. Resistir é também estarmos atentas ao que se apresenta, cientes que este é o estado de coisas, e não toda a atualidade. Há novas lutas por democracia, justiça social e equidade, até então adormecidas pelo capital, que podem novamente ser ouvidas. Há coletivos, mesmo minoritários e efêmeros, que se formam e se desfazem numa rapidez impressionante, e colocam novas questões ao estranhar o que aí está.

Para nós, o desafio é apostar na produção de "políticas públicas menores" (YAHN, 2013), sendo a PNH um exemplo, e que impliquem em estratégias coletivas de construção de "um mundo democrático produzido democraticamente" (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2009). Essa perspectiva com ênfase na micropolítica inaugura um cenário no qual as políticas necessariamente estão conectadas com as forças do fora da máquina estatal, e a máquina, por sua vez, deixa de produzir/alimentar as iniquidades e passa, com a radicalidade necessária, a enfrentá-las.

É neste movimento que incluímos a PNH com seus "conceitos-ferramenta", ou seja, "[...] conceitos que só fazem sentido quando o saber não se dissocia do fazer, sendo que requerem uma boa dose de coragem para ganharem a dimensão de corporeidade que toda experimentação exige." (MATIAS; PAULON; PEDRO, 2015, p. 110). Assim, mais do que conhecer os dispositivos, diretrizes e princípios da PNH, o que nos importa é que sejam ferramentas, componham as práticas dos apoiadores, que inaugurem novos lugares a ser ocupados por trabalhadores, gestores e usuários.

O HumanizaSUS é uma "estratégia política" que promove a ampliação da agenda da saúde, pautando a inseparabilidade da gestão e da atenção, "[...] para desespero dos tecnocratas sanitários, que preferem estratégias objetivas: portarias, regulação, indução financeira, coisa de gente 'séria'." (CAMPOS, 2007, p. 11). Em uma década, a Política construiu muitas parcerias como apontamos neste texto. O HumanizaSUS, de forma estratégica, tem suas diretrizes e dispositivos infiltrados em

outras agendas do SUS, promoveu cursos de formação de novos apoiadores, tem apoiadores e parceiros em todos os estados da federação, ampliou suas ações na interface com a academia (publicações, eventos, pesquisas), produziu interferências locais, demarcou um fértil espaço na *web* e reafirma, ao longo de uma década, que saúde se faz com as pessoas e não por ou a despeito delas. Mas há ainda muita gente e espaços 'sérios' a serem conquistados. Há muitos desafios na gestão federal, já que o Ministério da Saúde, embora produza políticas ousadas como a PNH, também funciona de forma a manter o conservadorismo.

Tomar a PNH como uma política que almeja disparar processos de mudança implica realizar a delicada e necessária "torção no olhar do eterno" (SILVA; BARROS; MARTINS, 2015) que busca o ideal de humano, de democracia, de política, de apoio, de trabalhador, de usuário, dentre outros; que generaliza as singularidades das experiências, empobrecendo-as; e que faz uma avaliação transcendente. As avaliações que nos interessam aqui são as produzidas pelos apoiadores em suas experiências e não por 'sérias' pessoas que a PNH ainda não conquistou, nem conquistará.

Nos diálogos com os inúmeros trabalhadores e apoiadores da PNH, não há condições ideais de temperatura e pressão no SUS e no Brasil. Estamos ainda longe da garantia do direito à vida, do direito à saúde de qualidade de todos e qualquer um/uma, do trabalho em saúde com condições concretas para sua realização, de financiamento adequado, de compromisso político-partidário, dentre outros aspectos que demarcam o cenário brasileiro.

Em vários momentos, o HumanizaSUS nos dá indicativos de que está cada vez mais capturado pela institucionalidade da máquina de governo. Apoiadores ressentem-se de mandos e desmandos, de baixo compromisso com a democratização da gestão, da dificuldade de incluir efetivamente os usuários nas ações da Política, do trabalho sem sentido, e demais desafios que se colocam atuais no SUS. Entretanto, em consonância com as propostas da PNH e com os autores com quem dialogamos aqui, há riqueza nas experimentações em curso a serem enxergadas, inclusive pelos próprios sujeitos que as constroem. Há sujeitos se produzindo e resistindo aos aniquilamentos de várias ordens. Há pequenos momentos - uma abertura - em que o trabalho comporta belezas, encontros e parcerias. Há coletivos que estranham o que não deveria ser comum - serviços

sucateados, relações autoritárias, baixo compromisso com a equidade, desmandos político-partidários, falta de recursos financeiros, dentre outros.

Se insistimos em demarcar nossa posição, incluindo aspectos do Brasil e das atuais problemáticas do movimento sanitário, é porque, como apoiadora da PNH e consultora da gestão federal, conhecemos um pouco mais deste imenso país. Ao fazer parte da PNH, nos defrontamos com o Brasil composto por riquezas e zonas desertas em que pessoas padecem pela falta de comida e água tratada. Habitar este paradoxo foi um modo para problematizar as dificuldades, reconhecer avanços e fortalecer a capacidade de análise e de intervenção. Tarefa também paradoxal, função de apoiadora.

As diferentes concepções e modos de lidar com as vicissitudes do viver, a riqueza e diversidade regional, a extensão territorial, os investimentos financeiros aquém do necessário (fato sabido e cinicamente ignorado), os interesses e prioridades privadas em detrimento do que deveria ser público, as disputas político-partidárias, a força do mercado dando o 'tom' na saúde, os tarefismos nossos de cada dia, a construção de uma rede de cuidados e a invenção de outras saúdes foram algumas das dimensões nomeáveis e que engendram essa reflexão.

Estar na gestão federal foi uma árdua tarefa sintetizada por uma apoiador como "[...] trocar o pneu do carro com ele andando". Era o que fazíamos. Sabíamos que em muitos momentos não havia alinhamento ético-político no Ministério da Saúde, assim como nos estados, municípios e serviços. Contávamos com os apoiadores da PNH para contagiar atores e encontrar brechas e parcerias.

Em muitos lugares, a nossa chegada de Brasília era esperada como se pudessemos resolver os problemas locais. Eis aqui uma das apostas radicais da PNH: é preciso fomentar movimentos. Não há soluções mágicas, e as repostas não virão de fora, das alturas do poder. O que há, o que aprendemos com os muitos apoiadores da PNH, é um modo de fazer política que insiste na construção do comum, que prima por compartilhamentos e pertencimentos.

Consideramos que participar do HumanizaSUS e de suas experimentações "[...] não acontece de forma linear e tampouco de uma vez por todas – o que se experimenta é um processo de participação, com suas idas e vindas." (PAULON et al., 2014, p. 26). Fazer parte desse ousado movimento traz aos apoiadores um misto de alegria e lamento, indicando-nos tanto o compromisso, quanto a cansaça e a vontade de desistir. Como apontamos no texto, apoiar visa a produção de

imaterialidades que não são triviais em um mundo como o nosso. E não há mais folgas, porque o trabalho e a vida estão interligados de uma forma jamais vista.

No mínimo, dois mundos marcavam as conversas internas na PNH e, principalmente, as reuniões do Coletivo Nacional. Como a Política era constituída por muitos profissionais com percursos na academia, o tom das discussões era considerado elevado em demasia para os que vinham do cotidiano dos serviços. A incompreensão e a desqualificação sentidas por estes apoiadores eram sinalizadas pela recorrente dificuldade de falar e de se posicionar na grande roda. Os demais trabalhadores da PNH que realizavam tarefas administrativas e logísticas sinalizavam também a hierarquia estabelecida entre os consultores, os de fora, e o Núcleo Técnico, os de dentro.

Entendemos que os espaços de cogestão ora conseguem, ora não desnaturalizar as relações de poder. A democracia institucional ou a ampliação da clínica não está dada, não é inerente à formalização de uma equipe. Um coletivo pode ser uma reunião de indivíduos de diversas categorias profissionais (ou mesmo corporativo), um espaço burocratizado, que cumpre uma prescrição feita por outros. No entanto, as relações que se dão nesse espaço/tempo possuem potência para debater, disputar, negociar e pactuar jeitos diversos de trabalhar, de enfrentar os problemas do cotidiano.

As muitas rodas, uma marca da PNH, comportavam a dimensão formativa para os apoiadores, ou seja, a atualização das discussões e dos desafios do SUS pautados pelos princípios da Política. A cada roda, estávamos coletivamente aprendendo que a saúde que interessa ter, produzir e pela qual lutar necessita de doses diárias de democracia. São necessárias "[...] múltiplas assembleias em torno de ideias que não existem ainda" (BLANCHOT, 2013, p. 16) para que possam ganhar expressão e força.

Outro aspecto que merecia ser problematizado, e em que também configuram mundos distintos, eram os vários consultores da PNH para uma mesma região, enquanto havia situações de um consultor para mais de um Estado. É evidente que há solos mais férteis e diferenças entre os trabalhadores e as redes de serviço. Os movimentos reformistas em saúde produziram acúmulos históricos, fazendo com que alguns lugares possam resistir aos ventos conservadores e anti-SUS, enquanto outros nos parecem um deserto para as inovações. Embora compreendamos que é necessário investir nos lugares reconhecidos por seus avanços, um dos princípios

do SUS a ser exercitado desde a gestão federal é a equidade. Um deserto não nasceu assim e quiçá possa ter uma história diferente se receber investimentos, tal como as muitas maternidades que conhecemos através do PQM e que deveriam ser fechadas no início da ação, caso estivéssemos em outro país.

O dia a dia na baía, estar na gestão, e na rua, trabalho de referência a um território, trazem desafios diferentes. É necessário olhar com mais cuidado para os consultores da PNH. Muitos nos davam claros sinais de esgotamento, adoecimento e solidão. A cansaça pode ser percebida pelas ideias viciadas, pelas posições de superioridade com que se colocavam na roda ou pelos privilégios negociados em espaços privados.

Quando pensamos nos consultores, o desafio da função apoio ganha relevo. Colocar-se como apoiador, com a tarefa de fazer a máquina (de guerra) funcionar, construir um coletivo que não se quer conivente, exercitar uma política que se pretende desestabilizadora, produz vários tensionamentos que ressoam nos envolvidos. Não é sem sentimentos, nem sem consequências que se produz exercícios de democracia.

Outro ponto que merece destaque, é a prestação de serviço por consultoria e que não se restringe ao HumanizaSUS. No Ministério da Saúde, a grande maioria dos profissionais é contratada por consultoria. Na gestão federal não há forças suficientes para enfrentar a vulnerabilidade de seus trabalhadores. Como já abordamos, uma das dimensões do público está nas mãos de sujeitos temporários, sem garantias trabalhistas e que experimentam as durezas da precarização do trabalho.

Como oxigenar uma Política e seus gestores? Como manter uma aposta pulsante na máquina Ministério da Saúde que sabemos ser dura, marcada pela servidão burocrática e despotencializadora? As respostas para estas e tantas outras questões, assim como as resoluções que poderão porventura fortalecer a gestão federal no enfrentamento das iniquidades, precisam ser construídas.

Nestes tempos paradoxais, almejar a estabilidade no trabalho, por exemplo, não bastaria para garantir o exercício do apoio. A PNH visa entremear-se pelas demais políticas e práticas que compõem o SUS e por isso defende a necessidade de uma outra política de gestão do trabalho. Este é um dos pontos nevrálgicos para a continuidade do direito à saúde, como pauta o movimento sanitário.

Sinalizamos, ainda, mais algumas considerações amadurecidas ao longo desses anos de trabalho com a Política, e que se colocam como grandes tensionamentos. Primeiro, é a premissa de não transformar a PNH em palavras de ordem, mas usá-la para fazer saúde de outros modos, para pensar a partir dela, com e para além de suas propostas. A PNH é, como já dito, uma "obra aberta" (PASCHE; PASSOS, 2008; HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009), assim como o próprio SUS, e não deve ser tomada como uma política inquestionável ou como uma regra a ser seguida. Em tal atitude, corre-se o risco de minar o que essa aposta tem de potente e inovador.

Ao olhar os processos de humanização a contrapelo, nosso segundo ponto de tensão, parece-nos que a criatividade, compreensão, sensibilidade, capacidade de se comunicar e se relacionar, dentre outros atributos, trabalham em conformidade com as exigências atuais feitas pelo mundo do capital. Vivemos a expropriação ou privatização do comum, onde o que nos é mais precioso foi colocado a trabalhar em prol do capital (PELBART, 2008). Os apontamentos de Pelbart dizem das expropriações cotidianas que nos acontecem e, principalmente, nos auxiliam na busca por produzir e nos incluir nas estratégias coletivas de resistência para manter a atenção tanto aos sutis quanto aos mais deliberados processos de capturas vigentes no contemporâneo.

Em tempos de expropriação do comum, de forças que totalizam e privatizam as experiências, as mudanças necessárias não são da ordem do compromisso individual, voluntarista ou heroico. Reafirmamos que o coletivo é uma tentativa de nomear o que é de todos nós, de qualquer um, que produz movimentos que indagam o que nos acontece.

As ponderações apresentadas, ao longo do texto estão em constante processo de amadurecimento, e precisam de tempo, embora as pausas sejam raras num momento cada vez mais veloz como o que vivemos. Tempos de biopolítica, de impotência, da cidadania do consumidor, mas não só. Tempos em que nos resta ir ruminando as questões para ver a pertinência, compreender um pouco mais das capturas e apostar na produção de caminhos, parcerias e resistências.

Na sociedade de controle (DELEUZE, 2000), as formas de captura estão ao ar livre, com o refinamento dos mecanismos disciplinares de produção de corpos/subjetividades docializadas tão discutidos por Foucault (2007). Na atualidade, as forças de aprisionamento prescindem dos muros e demais meios de

confinamentos e estão localizadas à céu aberto. Não cabe temer ou esperar. Para Deleuze, em cada regime é necessário enfrentar as liberações e as sujeições ao buscar novas armas.

Construir armas indica-nos mais um desafio, o de produzir "[...] outras linguagens do pensar - e não meramente outros conteúdos de conhecimento." (RIBEIRO, 2012, p. 25). Tanto Baleiro como Guattari, utilizados para abrir nossas provisórias conclusões, dizem-nos de um movimento, de algo cuja vitalidade tem força suficiente para acontecer. A composição artística nos auxilia a desestabilizar as (supostas) certezas e que, somadas às formulações de Guattari (1981), nos provocam a trazer os últimos ingredientes.

Em suas descartáveis e suspeitas pistas para uma esquizoanálise, Guattari afirma que "[...] quando alguma coisa acontece, é a prova de que alguma coisa acontece<sup>80</sup>". (1981, p. 139). É com o humor dessa tautologia que Guattari demarca o acontecimento como agenciamento de desejo. O desejo para esse pensador, assim como nas obras em composição com Deleuze, é tomado como potência que está indissociável da política. O convite aqui é para "[...] deixar-se deslizar pelos caminhos das multiplicidades reais [...] ao fascismo do poder opor as linhas de fuga ativas e positivas que conduzem ao desejo, às máquinas de desejo." (idem, p. 143).

Os acontecimentos são raros, nos adverte Guattari, em decorrência dos sistemas de dominação que mantêm o desejo "[...] visivelmente adormecido, esgotado, morto, e que não haveria outro recurso senão reconstruir, às vezes, partindo quase do zero." (1981, p. 140).

Ao tomar a vida em sua incessante potência de resistir às inúmeras formas de homogeneização, uma nova suavidade chamou a nossa atenção. Foram as misturas, os encontros e os agenciamentos que nos interessaram. O acontecimento, tal como as narrativas dos apoiadores nos ensinaram, vai se delineando como algo que não existe de antemão, mas subiste nos corpos, localiza-se no entre. Neste entre corpos, políticas, agenciamentos, encontros e desejos algo acontece. E se assim for, escrever e pesquisar já é um acontecimento, um caso de devir, um "empreendimento de saúde" (DELEUZE, 1997).

---

<sup>80</sup> Nesta 2ª pista para uma esquizoanálise, assim como nas demais, Guattari se coloca contrário à concepção de inconsciente como falta. Na Psicanálise, quando nada acontece, há movimentos do inconsciente a serem significados na análise. Embora pareça extrapolar os objetivos de nossa reflexão, gostaríamos de marcar aqui que a mesma crítica serve, segundo o autor, ao "[...] militante profissional incumbido de 'fazer existir' a classe-operária-como-motor-da-história, mesmo quando ela está aplastrada e desmilinguida, cúmplice da ordem dominante." (1981, p.141).

Cientes dos riscos de apresentar as ideias de maneira simplista, delimitamos - de forma provisória - que um acontecimento é produção de diferença, abalos micropolíticos, criações que escapam do prescrito, da ordem e do instituído. São as conexões inusitadas, são os encontros que transformam, em diferentes intensidades e formas, o rumo de uma história. E assim, lá onde até então víamos somente regularidade, outra história, não mais limitada à versão da história contada pelos vencedores, pode coexistir. Há sempre outras histórias a serem contadas. Com este texto contamos algumas do HumanizaSUS, mas há inúmeras outras.

Consideramos a PNH como uma experimentação que tem produzido acontecimentos no SUS, como uma das estratégias de resistência pela ampliação do direito à saúde de qualquer um/uma em tempos paradoxais. Assim, incluímos os apoiadores no movimento que tem contribuído para manter aquecida uma rede que sustenta a saúde como dimensão da cidadania. A produção de saúde concomitante com a de sujeitos, a produção de uma rede ético-política que sustenta o exercício do direito à saúde, e a produção de inflexões nas práticas hegemônicas, compõem dimensões inseparáveis da potência dessa Política.

Reafirmamos assim que

[...] a melhor maneira de matar um acontecimento que provocou inflexão na sensibilidade coletiva é reinseri-lo no cálculo das causas e efeitos. Tudo será tachado de ingenuidade ou espontaneísmo, a menos que dê 'resultados concretos'. [...] como se tudo isso não fosse "concreto" e não pudesse incitar processos inauditos, instituintes! (PELBART, 2013).

É preciso manter a compreensão de que há diferentes regimes de visibilidade. Os imperativos neoliberais buscam a diminuição dos cidadãos a meros consumidores de bens e serviços, sendo a saúde mais uma das mercadorias disponíveis. Além disso, os direitos civis continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade. Entretanto, o SUS e a PNH são processos incompletos. Os movimentos reformistas não podem ser reduzidos a olhares e critérios de avaliações simplistas e confrontam-se a todo momento com os limites impostos pelo neoliberalismo.

Tomamos o conceito de saúde, ao longo do texto, tal como foi ampliado pelo campo de conhecimento da Saúde Coletiva, pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e que, desde a Constituição de 1988, tem relação direta e indireta com moradia, alimentação, trabalho, lazer, renda e demais aspectos do cotidiano. As concepções

e práticas em saúde primam pela participação das pessoas na construção de formas coletivas de enfrentar as vicissitudes do viver. Assim, a cidadania aqui, embora haja forças para esvaziar este e tantos outros termos, é uma das muitas formas de nomear os modos de lutar e garantir uma vida digna.

Apostamos que, de diferentes formas e intensidades - um exercício de singularização - os participantes das rodas da PNH entram lagartas e saem borboletas, tal como um gestor resumiu o seu processo. A saúde que nos interessa, que ora enxergamos, ora ousamos sonhar, é aquela em que podemos coletivamente afirmar: "*Nada sobre nós sem nós.*". Embora sejamos todos usuários e experimentemos assujeitamentos de múltiplas ordens, não nos reduzimos a isso. Passamos juntos a estranhar o que não deveria ser comum num "[...] processo sempre inconcluso de invenção de formas e normas de vida das quais possamos ser protagonistas." (MARTINS et al., 2014, p. 16).

Para nós "construir um mundo comum é uma política." (LIMA, 2011, p. 191). E nesta estamos

[...] compartilhando os incômodos de um convite a uma vida desanestesiada. Lutando para tomar parte no fluxo ininterrupto de criação e desfazimento, buscando introduzir aí outros tempos e outras modelagens, de modo a produzir singularizações. (idem, p. 193).

Gostaríamos de ressaltar que deixamos a consultoria da PNH em junho de 2013. Aconteceu conosco o mesmo que vimos ocorrer com vários apoiadores, fomos para a Universidade Pública. Entendemos a docência também como um certo trabalho de apoio. A nossa tarefa é a de produzir sujeitos que compreendam a saúde como bem comum e formar os futuros trabalhadores do SUS.

A passagem do tempo cronológico e o distanciamento das ações oficiais suavizaram algumas críticas e permitiram-nos um olhar para as experimentações que reconhecesse o que as iniciativas provocaram em nós, trabalhadores, gestores e usuários, uma vez que, em vários momentos, visualizamos a abertura para novos modos de fazer saúde em que não éramos mais coadjuvantes ou meros expectadores desse processo.

Por fim, sabemos que o HumanizaSUS e o investimento no apoio são políticas do atual governo, têm a sua duração cronológica incerta e já dão indícios de estarem em declínio. Mas defendemos que, a despeito das disputas autorais,

muitos ecos ainda serão ouvidos. Como nos ensinam Deleuze e Guattari (1992), pode parecer que nada muda, mas nós mudamos no acontecimento.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. Manifesto Antropofágico. Revista de Antropofagia, n. I, maio 1928. Disponível em: <<http://www.letras.ufmg.br/profs/sergioalcides/dados/arquivos/manifestoantropofago.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2015.

BAHIA, L. ENPS: pensamento crítico em saúde - A Reforma Sanitária em questão. A Saúde no centro da agenda. **Radis** Comunicação e Saúde, n. 133, p. 11-17, out. 2013.

\_\_\_\_\_. Direito ou favor. Pobres são atendidos em instituições de saúde caritativas, públicas precárias ou em poucos centros de excelência. **O Globo**, Rio de Janeiro. 17 fev. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniao/direito-ou-favor-11611923>>. Acesso em: 20 maio 2014.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

BARROS, M. E. B. Do modelo da representação à pesquisa cartográfica: Desafios para pensar a produção de conhecimento. Aula na disciplina Seminários de Pesquisa II. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNESP/Assis, 2012.

\_\_\_\_\_; SILVA, F. H. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

BENEVIDES, R. Carta evento 10 anos de PNH. Brasília - DF, 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/67594-mensagem-de-regina-benevides-para-os-10-anos-da-pnh>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005b.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, 2004.

BLANCHOT, M. **O livro por vir**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **A comunidade inconfessável**. Brasília: UNB, 2013.

BRANCO, G. C. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2000.

BRANDÃO, C. R. Os Guarani: índios do Sul - religião, resistência e adaptação. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 53-90, 1990. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141990000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141990000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mar. 2014.

BOM MEIHY, J. C. S. **Canto de Morte Kaiowá**. São Paulo: Loyola, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos Indicadores Sociais de 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório Final Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde - QualiSUS/Rede. **Plano para os Povos Indígenas de Dourados - MS**. Brasília, 2012b. (documento não publicado)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Diretrizes da **Política Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_4cnst/docs/Protocolo\\_008\\_Diretrizes\\_PNPST.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf)>. Acesso em 20 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Programa Conjunto das Nações Unidas e Governo Brasileiro Segurança Alimentar e Nutricional de Mulheres e Crianças Indígenas. **Relatório conjunto da Oficina Etnicidade e Humanização na Saúde Indígena**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <[ecos-nutripovosindigenas.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=487](http://ecos-nutripovosindigenas.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=487)>. Acesso em: 4 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal: 2009 - 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série ODM Saúde Brasil. v.III).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília - DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional de Promoção à Saúde do Trabalhador do SUS**: contextualização das diretrizes nacionais de promoção à saúde do trabalhador do SUS. Brasília, 2010c. (documento não publicado).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS Formação - Intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Experiências do SUS que dá certo: Hospital Sofia Feldman e Hospital Odilon Behrens - Belo Horizonte**, 2010g. [vídeo]

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Carta aberta da Coordenação Nacional e representantes da SES e SMS aos gestores do SUS e equipes de transição**. Brasília, 2010h. (documento não publicado).

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena**. Brasília: FUNASA, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: manual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_da\\_12\\_CNS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_da_12_CNS.pdf)>. Acesso em: 5 maio 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, set. 2006.

CANESQUI, A. M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: **Dilemas e desafios das ciências sociais da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1995.

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

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

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

\_\_\_\_\_. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, supl. 12, p. 1865-1874, 2007.

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

CARDOSO, I. A. R. Foucault e a noção de acontecimento. **Tempo Social**, Rev. Sociol. USP, São Paulo, v. 1-2, n. 7, p. 53-66, out. 1995.

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

CÉSAR, A. C. **A teus pés**. São Paulo: Editora Ática, 1998.

CHEBLI, S. M. Comentário. In: OLIVEIRA, M. O. Política Nacional de Humanização apóia rede de saúde de Santa Maria. 1 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/60118-politica-nacional-de-humanizacao-apoia-rede-de-saude-de-santa-maria>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

CONFERENCIA REGIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DO NORDESTE, 1., 2013. Carta de Recife [Internet]. Recife (PE): **Portal DSS Nordeste**; 2013 Set 05. Disponível em <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/Carta-do-Recife-1CRDSS.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2013.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil** – dados de 2011. Brasília - DF: CIMI, 2011.

\_\_\_\_\_. **As violências contra os povos indígenas em Mato Grosso do Sul e as resistências do Bem Viver por uma Terra Sem Males** - dados: 2003 – 2010. Brasília - DF: CIMI, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil** – dados de 2013. Brasília - DF: CIMI, 2013.

COCCO, G. Comunicação e Direitos Humanos: o trabalho dos direitos. In: BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Revista Direitos Humanos**, n. 4, p. 25-29. dez. 2009.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L. A invenção do humano como modo de assujeitamento. [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/ainvencao.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: ARANTES, NASCIMENTO, FONSECA (Orgs.). **Práticas psi – inventando a vida**. Niterói, Rio de Janeiro: Editora UFF, 2007.

CORRÊA, Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 13-30, 2001.

CUNHA, G. Direitos e privilégios na "alegre" locomotiva paulista. 27 fev. 2012. Disponível em: <<http://advivo.com.br/blog/gustavo-cunha/direitos-e-privilegios-na-alegre-locomotiva-paulista>>. Acesso em: 28 set. 2014.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

\_\_\_\_\_. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

\_\_\_\_\_. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_. **Abecedário de Gilles Deleuze**. Entrevista a Claire Parnet. 1988. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Nietzsche e a filosofia**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34, 1992.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. **Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia** v. 5. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

\_\_\_\_\_; GUATTARI, F. **Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia** v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

\_\_\_\_\_; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1996.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOSSE, F. **Gilles Deleuze e Félix Guattari**: biografia cruzada. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DUPRAT, D. A reserva de Dourados... Disponível em: <<http://prms.jusbrasil.com.br/noticias/2486893/deborah-duprat-vice-pgr-a-reserva-de-dourados-e-talvez-a-maior-tragedia-conhecida-na-questao-indigena-em-todo-o-mundo>>. Acesso em: 10 set. 2011.

ESCOSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. I, p. 689-694, 2009.

FLEURY.S. ENPS: pensamento crítico em saúde - A Reforma Sanitária em questão. In: DOMINGUEZ et al. A Saúde no centro da agenda. **Radis** Comunicação e Saúde, n. 133, p. 11-17, out. 2013.

FERIGATO, S. Comentário. 17 set. 2014. In: ALVES, F. Populações estratégicas e/ou vulneráveis. Oficina PNH e DAPES. 17 set. 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/86867-populacoes-estrategicas-eou-vulneraveis-oficina-pnh-e-dapes>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

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

\_\_\_\_\_.; et al. Pesquisa e acontecimento: o toque no impensado. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000300022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300022)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

FOUCAULT, M. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho em curso. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault**, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

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

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

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

\_\_\_\_\_. Verdade, poder e si mesmo. In: **Ditos & Escritos V**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 294-300, 2004.

\_\_\_\_\_. Estratégia, poder-saber. **Ditos & Escritos IV**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 335-351, 2003.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. Rio de Janeiro: NAU, 2002.

\_\_\_\_\_. **O dossier. Últimas entrevistas**. Rio de Janeiro: Ed. Livraria Taurus, 1984.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisas de opinião**: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010. 301p. Disponível em: <[http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

GARCÉS, M. Un mundo entre nosotros. **Espai en Blanc** n. 5-6: La fuerza del anonimato, 2009. Disponível em: <<http://www.espaienblanc.net/Un-mundo-entre-nosotros.html>>. Acesso em: 8 set. 2013.

GINZBURG, C. Sinais: raízes do paradigma indiciário. In: **Mitos, emblemas sinais**: morfologia e história São Paulo: Companhia das Letras, p. 143-182, 1989.

GONGALVEZ, L. et al. Parto Domiciliar como dispositivo de humanização das práticas de saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 233-254, 2014.

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

\_\_\_\_\_; ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

GUIZARDI, F.; CAVALCANTI, F. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: os desafios da produção do comum). **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 103-124, 2009.

HECKERT, A. L. C; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.

LANSKY S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Rev. Tempus Actas Saúde Col.** v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.

LEAL, M. C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, jan. 2005.

LIMA, E. M. A. **Arte, Clínica e Loucura** – Territórios em Mutação. São Paulo: Summus/ FAPESP, 2009.

\_\_\_\_\_. Objetos-cicatrizes e recepção estética: experimentando pensamentos em meio a obras em obra. **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade da PUC - SP, São Paulo, ano 8, n. 13, p. 189-193, out. 2011.

LUZIO, C. A. **Atenção Psicossocial**: reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental no Brasil. 2010. Tese (Livre Docência) - Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MACHADO, R. **Nietzsche e a Verdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

MATIAS, M. C. S.; PAULON, S. M.; PEDRO, M. F. O. Lançar-se no Olho do Furacão: Estratégias Pedagógicas e Sentidos de um curso para a formação do Apoio Institucional. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 100-111, 2014.

MARTINS, C. P. **Possibilidades, limites e desafios da humanização do SUS**. 2010. 104f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

\_\_\_\_\_. A Saúde Indígena no alto do Rio Solimões. 23 nov. 2011. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/12255-a-saude-indigena-no-alto-do-rio-solimoes>>. Acesso em: 01 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. "Nada sobre nós sem nós": aprendizados a partir do apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a Saúde Indígena. In: PINHEIRO, R. et al., **Experiênci(ações) e práticas de apoio no SUS**: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2014.

\_\_\_\_\_; LUZIO, C. A. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 1099-1106, 2014.

\_\_\_\_\_; et al. Humanização do parto e nascimento pela gestão de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 10-18, 2014.

MARTINS, D. Semana Nacional de Humanização: uma visão do que aconteceu a partir de dados quantitativos. Relatório Multiplataforma de Sistematização de Dados. 12 abr. 2014. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/dmartins/apresentao-semana-de-humanizacao-uma-viso-quantitativa>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MATOSO, V. O. A Humanização em atos normativos: portarias. 1 fev. 2010. Rede HumanizaSUS. 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/node/9234>. Acesso em: 10 maio 2010.

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

MEYER, D. Educação, Saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento*, Porto Alegre, v. 9, n.3, p. 33-58, 2003.

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

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 7-12, 2006.

MOORE, M. Sicko - SOS Saúde. EUA: Dog Eat Dog Productions/The Weinstein Company; 2007. [Página oficial: <http://sickothemovie.com/>].

MORI, M. E. et al. PNH: realizações e desafios nestes 10 anos. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/redehumanizasus/10-anos-pnh-nacional-e-co>>. Acesso em 05 jan. 2014.

MORI, M. E.; MATOSO, O. Os coletivos da Política Nacional de Humanização: a gestão em ato. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 627-640, 2009.

NEVES, C. A. B. Sociedade de Controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. In: SILVA, A. et al. (Org.). **Subjetividade**: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, p. 84-91, 1997.

\_\_\_\_\_; MASSARO, A. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 503-514, 2009.

NERI, C. O país tem a maior queda... Disponível em: <<http://brasileconomico.ig.com.br/brasil/2014-09-15/pais-tem-a-maior-queda-de-desigualdade-nos-ultimos-dez-anos-diz-neri.html>>. Acesso em: 6 maio 2014.

NEGRI, T. **Exílio**. São Paulo: Iluminuras, 2001.

NIETZSCHE, F. **Obras Incompletas**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.

\_\_\_\_\_. **Além do bem e do mal**: prelúdio de uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

NORONHA, J. Comentário. In: BATALHA, E. **Radis** Comunicação e Saúde. Saúde e Desenvolvimento, articulação necessária, n. 134, p. 32-33, nov. 2013.

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. 2011. 168f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

\_\_\_\_\_. et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 523-529, 2009.

OLIVEIRA, M. S. Indígena é monitor da Mostra HumanizaSUS em Campo Grande. 9 abr. 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/5608-indigena-e-monitor-da-mostra-humanizasus-em-campo-grande>>. Acesso em: 1 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. PNH inclui indígenas na discussão sobre ambiência e humanização do parto. 11 set. 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/63509-pnh-inclui-indigenas-na-discussao-sobre-ambiencia-e-humanizacao-do-parto>>. Acesso em: 11 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Vem aí o Seminário 10 anos da PNH! 01 nov. 2013b. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/66888-vem-ai-o-seminario-10-anos-da-pnh>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Apoiadores mapeiam mortalidade materno-infantil em população indígena. 27 maio 2013c. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/62546-apoiadores-mapeiam-mortalidade-infantil-e-materna-em-populacao-indigena>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

\_\_\_\_\_. La marcha del Brasil hacia la cobertura universal. **Boletín de la Organización Mundial de la Salud**, v. 88, sep. 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/es/>>. Acesso em: 19 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Saúde nas Américas: edição de 2012. **Panorama regional e perfis de países**. Washington, DC: OPAS, 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/Sa%C3%BAde-nas-Am%C3%A9ricas3.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2013.

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

\_\_\_\_\_. O que fizeram com a saúde dos brasileiros? 22 abr. 2014. Disponível em: <<http://cebes.com.br/2014/04/o-que-fizeram-com-a-saude-dos-brasileiros/>>. Acesso em: 2 maio 2014.

\_\_\_\_\_; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. Saúde no Brasil. Maio 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

PASSETTI, E. Segurança, confiança e tolerância: comandos na sociedade de controle. **São Paulo Perspec.**, v. 18, n. 1, p. 151-160, 2004.

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

\_\_\_\_\_; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do SUS. Rev. Saúde Pública S C **América do Norte**, v. 1, n. 8, p. 92-100, 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/45>> Acesso em: 20 ago. 2013.

\_\_\_\_\_; PASSOS, E.; BARROS, M. E. A Humanização do SUS como uma política do comum. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. I, p. 491-491, 2009.

\_\_\_\_\_; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-17, 2010.

PASSOS, E. O 2º Seminário Nacional da PNH. 8 out. 2009. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/7369-o-2o-seminario-nacional-da-pnh>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

\_\_\_\_\_; BARROS, R. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. (Orgs). **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

\_\_\_\_\_; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

\_\_\_\_\_; et al. Apresentação. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 805-806, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000500805&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500805&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mar. 2015.

PAULON, S. M. D.H. e a Atuação na Área Clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Os Direitos Humanos na prática profissional do psicólogo. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 out. 2013.

\_\_\_\_\_; CARNEIRO, M. L. A educação a distância como dispositivo de fomento às redes de cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 747- 756, 2009.

\_\_\_\_\_; et al. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 20-28, 2014.

PAVAN, C. Semana Nacional de Humanização: Considerações. 13 abril 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/83490-semana-nacional-de-humanizacao-consideracoes>>. Acesso em: 15 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Informes da atividade censitária manicômio Vera Cruz. 4 out. 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/13342-informes-da-atividade-censitaria-manicomio-vera-cruz>>. Acesso em: 30 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. et al. Documento Norteador da Frente PNH de Mobilização Social 2013. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/62140-frente-pnh-de-mobilizacao-social>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

PENA, R. S. Documento contendo proposta para criação, organização e Funcionamento do Fórum Nacional de Coordenação da Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Política Nacional de Humanização. (Produto 1 PNUD - Relatório de Consultoria, fev. 2010).

\_\_\_\_\_. **O apoio institucional como estratégia de gestão em coletivos na saúde mental**. 2012. 211f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

PELBART P. P. Anotai: eu não sou ninguém. **Folha de São Paulo**, São Paulo. 19 jul. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/119566-quotanota-ai-eu-sou-ninguemquot.shtml>> Acesso em: 20 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Elementos para uma cartografia da grupalidade. In: SAADI, F.; GARCIA, S. (Org.). **Próximo ato**: questões da teatralidade contemporânea. São Paulo: Itáu Cultural, 2008. Disponível em: <<http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. Vida nua, vida besta, uma vida. **Trópico**, p. 1-5, 2007. Disponível em: <<http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>>. Acesso em: 14 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. **O Tempo não-reconciliado**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

\_\_\_\_\_. O corpo do informe. In: GREINER, C.; AMORIM, C. (Orgs.). **Leituras do Corpo**. São Paulo: Editora Annablume, 2003.

\_\_\_\_\_. **Vida Capital** - Ensaio de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003b.

\_\_\_\_\_. Manicômio Mental – a outra face da clausura. In: LANCETTI, A. (Orgs.). **Saúde Loucura 2**. São Paulo: Hucitec, 1991.

PEREIRA Jr., N. **O apoio institucional no SUS**: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. 2013. 127f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

PINHEIRO, R. et al. **Experienci(ações) e práticas de apoio no SUS**: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2014.

\_\_\_\_\_. **Práticas de Apoio e a integralidade no SUS**: por uma estratégia multicêntrica de pesquisa. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2014b.

PINTO, C. A. G. Diagnóstico compartilhado na gestão da atenção hospitalar. In: ARAUJO, G. F.; RATES, S. M. M. **Cogestão e humanização na saúde pública**: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Ijuí: Editora Unijuí, 2009. p.184-214.

RADIS Comunicação e Saúde. Editorial de Rogério L. Rocha. Compromisso com a população. n. 114, fev. 2012. p. 3.

\_\_\_\_\_. Súmula. IBGE mostra Brasil mais velho, conectado, empregado e escolarizado. n. 134, nov. 2013. p. 09.

\_\_\_\_\_. O SUS para o mundo. n. 107, jul. 2011. p. 18-23.

RANGEL L. H. Vulnerabilidade, racismo e genocídio. In: CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO (CIMI). **Relatório Violência contra os povos indígenas no Brasil** – dados de 2011. Brasília: CIMI, 2011.

REDE HUMANIZASUS. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/4-a-rede-humaniza-sus>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Textos de referência do 2º Seminário Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/node/7510>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. Semana Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/atividades-cadastradas>>. Acesso em: 1 abr. 2015.

RIGHI, L. B. Redes de Saúde: Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 60-74, 2010.

\_\_\_\_\_. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Souza Campos. **Interface (Botucatu)**, v. 18, supl. 1, p. 1145-1150, dez. 2014.

RIBEIRO, C. R. Pensamento-acontecimento: algumas incursões a partir da experiência da linguagem. **Revista Anpoll**, v.1, n.32, p.20-41, 2012. Disponível em: <<https://www.anpoll.org.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/612/623>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SARDENBERG, M. L. O que pode a PNH? 22 set. 2012. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/13299-o-que-pode-a-pnh>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SANTOS, N. R. Posfácio. In: L' ABBATE, S. **Direito à Saúde**: discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. ENPS: pensamento crítico em saúde - A Reforma Sanitária em questão. A Saúde no centro da agenda. **Radis Comunicação e Saúde**. n. 133, p. 11-17, out. 2013.

SANTOS FILHO, S. B. **Avaliação e Humanização em saúde**: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Injuí, 2009.

\_\_\_\_\_; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde**: muito prazer - protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

\_\_\_\_\_; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B.; MARTINS, C. P. Experimentações e reflexões sobre o apoio institucional em Saúde - Trabalho a partir do HumanizaSUS. **Interface (Botucatu)**, 2015. (no prelo).

SOUSA SANTOS, B. V. S. **Conhecimento prudente para uma vida decente**: um discurso sobre as ciências revisitado (Org.). São Paulo: Cortez, 2006.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo "drogas"**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 347p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013.

TEIXEIRA, R. R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da Integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, p. 49-61, 2003.

TELLES, V. S. Cultura da dádiva, avesso da cidadania. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 25, p. 45-48, 1994.

\_\_\_\_\_. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? 2. reimp. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

The Lancet. Saúde no Brasil. **Lancet**, maio 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2011.

TENDLER, S. Encontro com Milton Santos: o mundo globalizado visto do lado de cá", 2007. Disponível em: <<http://www.cantodomundo.com/2012/01/encontro-com-milton-santos-o-mundo.html>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

TRAJANO, A. R. Radicaliza PNH! Radicaliza o SUS! 18 set. 2014. Comentário. In: ALVES, F. Populações estratégicas e/ou vulneráveis. Oficina PNH e DAPES. 17 set. 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/86867-populacoes-estrategicas-eou-vulneraveis-oficina-pnh-e-dapes>>. Acesso em: 06 jan. 2015.

VASCONCELOS, M. F. F., MARTINS, C. P., MACHADO, D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da PNH em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. **Interface (Botucatu)**. v. 18, supl. 1, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220130335.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

VILELA, M. E. Fitoterapia na Atenção básica: novas possibilidades de diálogo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 215 -219, 2010.

WEBER, L. **Produzir(-nos) ponto COM**: a constituição do coletivo "Rede HumanizaSUS" e a produção cooperativa. 2012. 214f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

YAHN, P. **O apoiador caipira**: o desafio/arte de articular redes regionais de saúde a partir de territórios/desejos singulares. 2013. 120f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

YASUI, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 05-15, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40317>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

## 6. ANEXOS

### Anexo A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada “A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS”, sob a responsabilidade da pesquisadora Catia Paranhos Martins, orientada pela Dra<sup>o</sup> Cristina Amélia Luzio, Prof<sup>o</sup> da Pós-graduação em Psicologia da UNESP/Assis.

Esta pesquisa tem por objetivo compreender a produção de mudanças nas práticas em saúde e nos atores que constroem o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das ações realizadas pela Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Para tal, com a sua autorização, você é convidado a contar sobre as suas atividades como consultor da referida Política. A conversa terá duração aproximada de uma hora e poderá ser gravada em áudio mediante sua autorização prévia e o arquivo será mantido sob a guarda da pesquisadora por 5 anos, conforme orientação do Comitê de Ética e Pesquisa. Se preferir não gravar serão feitas anotações. O material produzido a partir desse diálogo estará a sua disposição.

Você possui total liberdade para se recusar a participar ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem penalização ou prejuízo. É compromisso da pesquisadora preservar a identidade e a privacidade dos participantes, quando da incorporação das informações na redação da Tese. A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados ao trabalho. Essa pesquisa não oferece riscos, danos ou gastos financeiros aos participantes. Todos os cuidados serão tomados para atender às suas necessidades ou interrupção da conversa, caso ela cause algum desconforto.

O resultado final da pesquisa será publicado visando colaborar com a construção do conhecimento em prol da qualificação do SUS.

#### CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, da pesquisa intitulada “A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Catia Paranhos Martins sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e

benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que ( ) concordo / ( ) não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e ao meu anonimato.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura

Eu, Catia Paranhos Martins, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive de forma voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito para a participação na pesquisa.

---

Assinatura do Pesquisador

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5607 ou pelo e-mail [cep@assis.unesp.br](mailto:cep@assis.unesp.br), ou diretamente com a pesquisadora Catia Paranhos Martins no telefone (67) 342XXX XX, (67) 99XXXXXX ou e-mail [catiaparanhos@hotmail.com](mailto:catiaparanhos@hotmail.com).

**Anexo B****AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO/MINISTÉRIO DA SAÚDE**

*Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas  
Política Nacional de Humanização*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Gustavo de Oliveira Nunes, Coordenador da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), autorizo o acesso da pesquisadora Catia Paranhos Martins, Rg. \_\_\_\_\_ aos documentos, arquivos, relatórios, registros escritos de oficinas e textos finais (narrativas individuais) dos processos de formação da região centro-oeste do país da Política Nacional de Humanização a fim de viabilizar a execução da pesquisa para o doutoramento em Psicologia pela UNESP/Assis intitulada "A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS".

Brasília, 31, 10, 2012.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gustavo Nunes de Oliveira', written over a horizontal line.

Nome, CPF e assinatura do Responsável

GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA