

A CONSTRUÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO RIO GRANDE DO SUL

CONSTRUCTION OF THE OBSERVATORY OF PRACTICES OF THE HUMANIZATION NATIONAL POLICY OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: THE RIO GRANDE DO SUL EXPERIENCE

Simone Mainieri Paulon

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP/UFRGS).

E-mail: simone@intersepsico.com.br

Ana Lucia Schettini Elahel

Mestre em Relações Internacionais (UnB/PNUD).

E-mail: ana.schettini@undp.org.br

RESUMO

O artigo aborda uma estratégia de formação/intervenção para humanizar a atenção e a gestão em saúde desencadeada em dez unidades de saúde do RS a partir de sua integração ao Projeto de Capacitação de Apoiadores para qualificar e potencializar ações e estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH). Para tanto, parte da contextualização da proposta nacional, caracteriza a participação do segmento gaúcho, discute a função estratégica que o apoiador institucional assume no projeto e anuncia os primeiros efeitos que começam a ser percebidos nos diferentes municípios envolvidos. Ao final, apresenta esquematicamente o primeiro produto desse coletivo que é a proposta de construção de um observatório que integre as Práticas de Humanização da Saúde presentes no RS às metas do milênio promulgadas pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 2000.

PALAVRAS-CHAVE

Humanização da Assistência. Políticas Públicas de Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article focuses on a capacity building/intervention strategy to humanize the attention and management in Health, launched in ten health units of the Rio Grande do Sul state following its integration into the Supporter Qualification Project to qualify and potentialize actions and strategies of the Humanization Health Policy (PNH). To achieve this objective, the article starts from the contextualization of the national proposal and characterizes the state's specific participation, discusses the strategic role that the institutional supporter takes on, and announces the first effects that can be perceived in the different municipalities involved. At the end, it presents a scheme of the first result sought by this group, namely, the construction of an Observatory that aims at linking the Health Humanization Practices in the state/municipalities with the Millennium Development Goals, promulgated by the United Nations General Assembly in 2000.

KEYWORDS

Humanization of Assistance. Health Public Policy. National Health System.

Entre garantir constitucionalmente a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro e estruturar uma rede capaz de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde para a população de um país com as dimensões do Brasil existe um imenso caminho a ser trilhado. Muito se tem feito por isso. Muito, obviamente, resta por fazer.

A demanda por uma política transversal capaz de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS) inscreve-se nesse processo de construção de um sistema que dá certo e que é complexo, não podendo mais ser visto como inviável, já que se provou concreto. Os trabalhadores da saúde deste país têm muito a contar sobre ele. Muito mais do que o que temos visto.

Exacerbar os limites com que essa imensa obra de engenharia social que é o SUS tem-se deparado, identificar suas lacunas, diagnosticar seus entraves, publicizar seus equívocos é parte fundamental ao processo permanente de construí-lo. Não menos importante, entretanto, é a identificação dos focos de sucesso, a socialização de suas mais caras experiências de avanço e o reconhecimento de que é desse esforço,

muitas vezes, sobre-humano de superar toda sorte de adversidades do cotidiano dos serviços de saúde, que resulta um SUS real, atual, que está aí para ser qualificado.

A formação de 140 apoiadores institucionais capazes de compreender a complexa dinâmica da produção da tríade saúde-doença-atenção e de intervir sobre problemas de gestão dos serviços e processos de trabalho em saúde com soluções criativas, tomando por referência da Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH), é um esforço nessa direção.

Para empreendê-lo, foi estabelecida uma parceria de cooperação técnica entre Ministério da Saúde/SAS/PNH, UFF e FIOCRUZ/ENSP que estruturou o Curso de Formação de Apoiadores para a PNH de Atenção e Gestão em Saúde, para o qual foram selecionados 10 trabalhadores de diferentes serviços espalhados por 11 municípios do RS. O engajamento desse grupo no projeto de formação/intervenção em que estarão trabalhando entre abril e dezembro do corrente ano e os efeitos que suas primeiras ações permitem vislumbrar na qualidade da atenção e gestão da saúde coletiva no nosso Estado é o que passamos a descrever.

Os apoiadores gaúchos na Política Nacional de Humanização

*Quem é mestre na arte de viver faz pouca
distinção
entre o seu trabalho e o seu tempo vago,
entre a sua mente e o seu corpo,
entre a sua formação e a sua recreação,
entre o seu amor e a sua religião.*
Sabedoria Zen

A PNH tem por objetivo central qualificar a gestão e a atenção à saúde. É uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. A aposta da PNH é a inseparabilidade entre gestão e atenção, entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser considerada como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado (BRASIL, 2006).

Concebida não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, a humanização tem entre seus objetivos “incrementar a oferta de processos de formação/educação/conhecimento” e, entre as ações desse eixo de produção e disseminação de conhecimentos, está a “criação de cursos/capacitações em

Humanização, priorizando a gestão compartilhada da atenção clínica e formação de apoiadores institucionais a processos de inovações (presenciais ou à distância)” (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

Organizar serviços e práticas de saúde em consonância com as especificidades do espaço loco-regional impõe enormes desafios; é nessa medida que a produção de conhecimento, tomando por referência os problemas derivados da práxis dos serviços de saúde, apresenta-se como um requisito fundamental para o enfrentamento dos desafios de gestão e sanitários do país. Por outro lado, o processo de produção de conhecimento não deve ser realizado na distância da academia por relação ao campo de investigação. Sujeito e objeto de conhecimento, pesquisador e profissionais de saúde não podem ser tomados como pólos separados do processo de investigação. Ao contrário, o desafio é o da criação de protagonismo, fazendo com que o profissional de saúde possa participar do processo de produção de conhecimento acerca da sua prática (PASSOS; BENEVIDES, 2006).

A estratégia de um curso/intervenção aqui descrita justifica-se exatamente nessa medida: articulação, consórcio e interação entre os sujeitos dos serviços, a academia e a gestão nacional da PNH a fim de construir soluções plausíveis para os problemas de saúde vivenciados pelos sujeitos que se encontram inseridos em movimentos e processos de mudança.¹

¹A estrutura do curso mapeou o país em 10 regiões, sendo o Estado do RS uma delas. Cada região representa uma Unidade de Produção (UP) com aproximadamente 10 apoiadores coordenados por uma formadora/tutora que recebeu formação específica da FIOCRUZ para o desempenho dessa função. A formadora Simone Paulon é a responsável pelo acompanhamento da UP-RS. O curso

Nessa perspectiva, a seleção dos 10 apoiadores gaúchos que integram o projeto foi marcada pela variabilidade de formações profissionais, inserções em serviços e regiões do RS e organizada a partir de indicações do Comitê Regional em conjunto com consultores e coordenadores regionais da PNH no RS. Além de apoiadores, os profissionais que seguem devem ser considerados co-autores do presente artigo não apenas pelo fato de que o conteúdo aqui narrado é produto de seus trabalhos, mas também pelas contribuições pontuais enviadas a título de elaboração do primeiro registro público desse coletivo.

Compõem, então, a Unidade de Produção do Rio Grande do Sul: Ana Lucia Schettini Elahel (bacharel em Relações Internacionais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD); Beatriz Helena da Silva (farmacêutica pela 3ª CRS, atuando como apoiadora em quatro Municípios da Coordenadoria); Carine Bianca Ferreira Nied (comunicadora social do Hospital de Santa Cruz do Sul); Carlos Alberto Protti (odontólogo da rede básica de Ijuí); Lydia Maria Ribeiro Leonhardt (médica da rede especializada de Viamão); Magda Saraiva Macedo (odontóloga do Programa Saúde da Família – PSF – de São Leopoldo); Magda Suzana da Silva Ferreira (assistente social do Hospital São Lucas em Porto Alegre); Marta Helena Buzati Fert (enfermeira do Grupo Hospitalar Con-

ceição); Maria Lúcia Rodrigues Falk (enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre); Maria Judete Ferrari (psicóloga da rede especializada de Alegrete) e Sílvia Raquel Giacomini Antunes (assistente social junto à Secretaria Municipal de Saúde de Veranópolis).

Tendo como critério fundamental a possibilidade de os apoiadores operarem práticas concretas em campo simultaneamente a seus processos de formação, ao término de abril último, a Unidade de Produção do RS estava constituída com as seguintes caracterizações:

- Quanto aos **serviços em que estão inseridos** os apoiadores, a UP conta com quatro hospitais gerais, sendo duas empresas públicas federais de grande porte (Grupo Hospitalar Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre) que, além das unidades hospitalares, incluem unidades de saúde, CAPS e dois hospitais privados filantrópicos (Hospital Santa Cruz e Hospital São Lucas da PUCRS) de médio porte que, por serem vinculados às universidades, abrangem também um significativo número de profissionais em formação e *campus* avançado de estudos. Na rede básica, temos quatro apoiadores fora da capital, sendo três de cidades do interior do Estado (Ijuí, Pelotas e

prevê uma carga horária de 300h (108 em atividades presenciais e 192 virtuais) e dispõe de material didático específico, através do qual são desenvolvidos conteúdos referentes a cada um dos dispositivos da PNH, com atividades de leitura, monitoramento das intervenções, avaliação e discussões virtuais correspondentes. Maiores informações sobre sua estrutura podem ser pesquisadas em <www.ead.fiocruz.br/humanizadasus>.

Veranópolis) e mais São Leopoldo, situada no Vale do Rio dos Sinos. Entre estas, as apoiadoras de Veranópolis e São Leopoldo e o apoiador de Ijuí atuam como técnicos das secretarias municipais, incluindo, portanto, em suas áreas de abrangência as equipes de PSF. Enquanto a apoiadora de São Leopoldo delimitou a estratégia de saúde da família como campo específico de sua intervenção, a apoiadora da 3ª CRS destacou 4 dos 22 municípios de sua área de abrangência, já que exerce a função de coordenadora regional da PHAS. Na rede especializada, a UP conta com duas apoiadoras, em Viamão e em Alegrete, sendo que na primeira cidade a apoiadora atua em CAPS-Ad, mas trabalhará a PNH junto à gestão municipal, e em Alegrete a apoiadora já compõe as equipes do sistema municipal de atenção integral à saúde mental que tem interfaces com o sistema hospitalar e a rede básica, os quais sua intervenção também pretende atingir. Ligada ainda mais especificamente à gestão federal, temos a apoiadora de Brasília que, por sua vinculação ao PNUD, trabalhando em parceria com o Ministério da Saúde nesse projeto, definiu a própria UP-RS como seu campo de intervenção para, a partir dela, construir o Observatório das práticas de Humanização da Saúde como produto coletivo que o grupo pretende elaborar. Com seu ingresso, então, a UP-RS passou a ser composta

por 11 apoiadores.

- Quanto às **iniciativas existentes no âmbito da humanização**, nesses serviços, a diversidade encontrada não é menor. A maior parte dos serviços já vinha implantando dispositivos humanizadores da atenção em saúde. Os quatro hospitais, em momentos diferentes, já desencadearam processos de humanização, mas o HCPA tem um trabalho mais consolidado nessa área. O GHC passa por um momento de reativação de um trabalho nessa perspectiva, enquanto o hospital Santa Cruz vem criando e incentivando propostas desse tipo mais recentemente. Nas secretarias, as iniciativas são mais dispersas. Viamão encontra-se em um momento de inatividade de estratégias humanizadoras anteriormente criadas. Alegrete tem um histórico regional de atuações humanizadoras que pretendem ser alavancadas com a integração agora maior com a PNH. Ijuí e Veranópolis já criaram comitês que não têm tido atuações significativas para o trabalho na rede. São Leopoldo está desenvolvendo procedimentos coletivos que podem potencializar a PNH. A 3ª CRS vem desenvolvendo desde 2003 vários trabalhos em conformidade com a PNHS e, além do comitê regional atuante, conta com 22 comitês municipais, 24 GTHs das entidades hospitalares e 5 GTHs na rede básica.

Entre os principais desafios que os apoiadores vislumbram para suas intervenções a partir do curso de formação, estão:

- a conexão das iniciativas existentes a uma política nacional;
- a sensibilização dos gestores para a qualificação do SUS e, muitas vezes, o conhecimento da existência de uma política voltada para isso;
- o engajamento dos trabalhadores e da comunidade nas iniciativas de humanização que já existem, ou que serão desencadeadas;
- a identificação de alianças possíveis para a continuidade e a ampliação da proposta para além desse curso e das próximas gestões públicas, a qual passa pela estruturação ou pelo fortalecimento dos GTHs existentes para ampliar a abrangência da PNH através da aproximação à rede básica.

As estratégias escolhidas para o enfrentamento desses desafios refletem um “Plano de Intervenção da UP-RS” que priorizou, entre os oito dispositivos que compõem os eixos de ação da PNH, a criação, avaliação ou o fortalecimento dos Grupos de Trabalho da Humanização (GTHs). A partir dele, o grupo definiu que “Gestão Participativa e Co-Gestão”, “Acolhimento em Saúde e Acolhimento com Classificação de Risco” e “Clínica Ampliada” serão dispositivos a serem trabalhados na seqüência, respeitando os diferentes processos e especificidades de cada local.

Ao final do primeiro encontro presenci-

al, realizado em Brasília no início de maio, consolidou-se o processo de constituição do grupo e desencadeou-se o trabalho coletivo, que estabeleceu os seguintes objetivos comuns aos onze “Planos de Intervenção”.

- aprofundar os conhecimentos sobre os dispositivos PNH;
- implementar ao menos um dispositivo PNH em seu local de trabalho;
- integrar iniciativas de trabalho do apoiador/curso às iniciativas de humanização já existentes ou em construção na região;
- associar, sempre que possível, as atividades e estratégias PNH às metas do milênio (projeto Observatório) e diretrizes do Pacto pela Saúde.

A partir desses quatro objetivos pactuados como comuns ao grupo, cada apoiador elaborou seu próprio plano de intervenção, que funciona como uma espécie de mapa estratégico à implantação de dispositivos humanizadores em suas áreas de abrangência. Os primeiros efeitos que suas funções de apoiadores começam a suscitar são objeto da reflexão que segue.

O apoiador institucional: habitando um não-lugar

Eu amo o agora, e não a memória

Eu amo a luta, e não a vitória

Eu amo o fato, e não a história

Eu amo a trajetória

Paulo Moska

A função de apoio, como tem sido implantada e experimentada em vários serviços de saúde do país, foi proposta por Campos (2000) como resultante da ação de sujeitos que “atravessam” o processo de trabalho de coletivos, ajudando-os nas tarefas de qualificar suas ofertas clínicas e de saúde pública, de um lado, e ampliar o grau de grupalidade, de outro. Representa uma das principais novidades na gestão do trabalho em saúde no Brasil (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e ampliando o grau de realização dos trabalhadores da saúde. Como função, portanto, fundamental tanto para a implantação de processos de mudança quanto para a sua sustentabilidade, assume especial relevância na estruturação do curso que ora se apresenta.

Inspirado na função do analista institucional que sempre recusa qualquer lugar instituído a partir do qual seu suposto saber seja referendado, o apoiador de que aqui

nos ocupamos faz da análise constante dos efeitos que sua inserção, seu conhecimento, suas questões, enfim, suas próprias implicações têm sobre o campo de estudos, intervenções, investigações, a ferramenta crucial de seu trabalho.

Referenciado na pesquisa-intervenção, o princípio norteador de um apoio institucional assim concebido é o de que a aproximação com o campo sempre inclui a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do apoiador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito” (apoiador que poderia ser um pesquisador, consultor, gestor, assessor, etc.).

Dito de outra forma, o apoiador institucional sabe que sua função não é neutra, nem se exerce sem mexer nos lócus de poder/saber tão arraigados nas estruturas organizacionais em que atuam. Por sabê-lo, faz dos efeitos de sua própria implicação com o coletivo “apoiado” um dos analisadores do processo de trabalho coletivo (PAULON, 2005). Passos (2006) define a função de apoio no contexto da PNH a partir de três questões: Onde ela se dá? O que dispara? Qual seu modo de fazer?

O “lugar” do apoiador institucional que esse curso promove é estranhamente um não-lugar, tanto por se constituir da negação de um lugar “dado” (aquele que sabe, *a priori*, qual a demanda do outro) quanto por habitar os interstícios dos espaços institucionais, propondo encontros, promovendo interfaces inusitadas entre grupos, setores,

disciplinas de modo a radicalizar a possibilidade de uma utopia ativa (*u-topos*).

Quanto ao que disparar, o apoiador institucional sabe, antes de tudo, que não vai “inventar a roda”. Entretanto, como forma geométrica que promove a lateralidade por excelência, acionar movimentos circulares, fazer rodas de conversa “rolarem”, disparar movimento no que está parado, desestabilizar a rigidez hierárquica dos eixos horizontal e vertical pode ser uma boa maneira de desencadear movimentos de mudança junto aos grupos com que se quer trabalhar. Nesse sentido, mesmo sem inventá-la (até porque não é ele, mas o coletivo que tem movimento potencial para ser acionado), o que o apoiador quer disparar são os movimentos que fazem a roda “rodar”: movimentos instituintes que ampliam possibilidades comunicativas de toda a ordem e apostam na “transversalidade”, princípio da PNH.

Por fim, o modo de fazer do apoiador institucional requer novamente uma operação de reversão ao instituído, pois, em que pese seu circunstancial trabalho localizado junto ao aparelho de Estado – do qual emanam normas, decretos e formas jurídicas de “mandar fazer” – tudo o que o apoiador não quer é imprimir tal padrão ao seu modo de fazer. Sem fugir à demanda inevitável de que seu trabalho inscreva-se em uma certa institucionalidade, na proposta de um apoio aos processos instituintes, aos movimentos de mudança que indiquem os caminhos do novo que um coletivo pode

tomar, os processos importam muito mais do que os produtos.

Promover experiências concretas de humanização dos serviços, disparar processos de discussão, reflexão sobre o trabalho, co-gestão dos coletivos e promoção de saúde como produção de vida nem sempre serão experiências passíveis de se traduzir em um período “x” ou um programa “y”. Contudo, se os sujeitos envolvidos nessas mudanças perceberem-se como seus protagonistas, e não simplesmente usuários eventualmente atingidos por seus resultados, uma nova produção de subjetividade aí se deu. O modo de fazer é o que fica para além do que foi feito².

Isso a que chamamos “modo intensivo de fazer” – em contraponto aos grandes programas extensivos de governo pautados na busca de ações em grande escala, preocupadas antes com a abrangência territorial do que com a experiência de “contágio” – tem sido a ferramenta de trabalho fundamental dos apoiadores institucionais em formação no RS. Nos primeiros três meses de engajamento ao projeto, o grupo de trabalho UP-RS promoveu alguns momentos elucidativos desse modo de fazer. Algumas experiências narradas a seguir testemunham que os efeitos desse modo de fazer começam a se evidenciar contagiando dentro e fora do grupo.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por exemplo, constituiu um grupo de trabalho multidisciplinar, com representan-

²PASSOS, E. **O apoiador institucional e a PNH**. Curitiba, 2006. Palestra proferida no Encontro Regional (Sul/SP) do Curso de Formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde em 07 ago. 2006.

tes de diversas áreas, com o propósito de que as políticas de humanização estejam cada vez mais afinadas às práticas na atenção em saúde. Esse grupo tem buscado sistematizar oportunidades para que as diferentes áreas possam expor suas necessidades em termos de humanização, tanto do ambiente de trabalho quanto no atendimento aos usuários, e incentivar a proposição de iniciativas voltadas à implantação de melhorias.

Essas contribuições podem ser feitas por contatos com representantes do grupo, através do correio eletrônico, pelo endereço “L-Humanização”. O trabalho da apoiadora Maria Lúcia Falk tem-se pautado na valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários, trabalhadores e gestores – e na utilização de princípios e ferramentas usados para a humanização do SUS.

Ela destaca a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS, como uma experiência singular que têm dado maior solidez às políticas de humanização. “Com esta nova experiência, a que denominamos Redes de Contato, fomentamos reuniões, encontros e discussões instigando o pensamento crítico para os conceitos de humanização, a troca e a construção de saberes com equipes multiprofissionais, onde surgem boas idéias gerando diferentes iniciativas nos grupos e serviços”, comenta Falk.

Também na perspectiva de humanização da atenção e gestão nos hospitais, a comunicadora social Carine Nied alavancou o trabalho que vinha desenvolvendo junto ao

Hospital Universitário de Santa Cruz do Sul com a realização, na volta de sua participação no encontro presencial de Brasília, de um seminário para apresentação da PNH e cada um de seus dispositivos. Esse evento desencadeou todo um processo de pactuação do Plano de Intervenção da apoiadora com os gestores locais e com algumas equipes de trabalho para avaliação do horário ampliado de visita aos pacientes internados.

Foram várias rodas de conversas com equipe de um setor para a construção da proposta, que deveria ser piloto e já criou a demanda para ser implantada em outras duas unidades de internação. Todos os acompanhantes que estão com pacientes internados naquela unidade são convidados a participar de grupos de orientações distribuídos em três dias na semana, quando recebem informações sobre o funcionamento do hospital, as normas, as rotinas, etc. Os resultados, segundo a avaliação realizada pela equipe de trabalho, foram os melhores possíveis e têm gerado interesse por parte da comunidade interna e externa do hospital. Carine Nied foi chamada pela imprensa local para relatar a experiência, que considera estar ampliando os horizontes do grupo de trabalho e redimensionando a humanização do atendimento no HSC.

Vindo da região noroeste do RS, outro depoimento dá conta do tipo de movimento que a experiência de formação/intervenção desencadeada por esse curso está promovendo em nosso Estado. O odontólogo Carlos Protti havia coordenado o Comitê Municipal de Humanização de Ijuí no ano de

2005 e o que conhecia eram relatos obtidos em um seminário promovido pelo gestor estadual na região e de algumas experiências de hospitais do município, com uma concepção que agora avalia “um tanto tímida” da humanização (promoção de festas de integração em serviços, amigos do sorriso, murais de aniversário, etc.).

Após iniciar a apropriação das diretrizes e dos dispositivos da PNH, o coordenador avaliou que o SUS local estava necessitando de uma espécie de “choque de humanização” e iniciou um processo de sementeira desses conhecimentos em âmbito municipal. Nos primeiros contatos com os gestores da saúde do seu município, distribui textos e dispara “Rodas de Conversa” junto a colegas da secretaria. Utilizando-se também da ferramenta virtual para reativar contatos anteriores obtidos pela participação em conferências de saúde, divulga seus novos conhecimentos dos dispositivos e experiências nacionais em humanização junto ao Conselho Municipal de Saúde, difunde material e participa de debates com estudantes da área de saúde da UNIJUÍ e com alguns componentes do Comitê Regional de Humanização. Animado com a receptividade que tem encontrado nessa “arrancada” de seu trabalho, Carlos Protti estrutura seu plano de intervenção no curso para a constituição de um GTH, o qual trabalhará na implementação da PNH junto à secretaria municipal.

Ainda na linha de fomento ao debate da humanização na rede básica de atenção em saúde via estruturação dos GTHs, as apoiadoras Magda Macedo, atuando junto ao PSF

de São Leopoldo, Lydia Leonhardt, médica na rede de saúde mental de Viamão, e Sílvia Raquel Antunes, assessora da Secretaria Municipal de Veranópolis, também implementaram Rodas de Conversa, criaram espaços de pactuações com gestores e promoveram as mais diversas situações de divulgação e debate acerca da humanização na saúde de seus municípios. Estimuladas pelo conhecimento de um modelo de gestão que vem promovendo a quebra de paradigmas, com uma proposta de trabalho focada na prevenção e na promoção da saúde, que visualiza o ser humano como sujeito, a PNH (como política transversal da rede SUS) tem funcionado como eixo norteador das ações nas secretarias em que essas profissionais estão atuando.

Entre os subprodutos que Sílvia Antunes já identifica como tendo sido gerados na “terra da longevidade”, localizada na serra gaúcha, destaca-se a mobilização dos gestores em conhecer a política e em efetivar na prática suas diretrizes e seus dispositivos, o despertar da curiosidade e do interesse dos trabalhadores, em saber como poderão inserir-se, além do apoio integral da imprensa local na divulgação da PNH, através de publicações de matérias em jornais, entrevistas em rádios locais e, sobretudo, do engajamento dos usuários em questionar os rumos da PNH no contexto da saúde e em sua participação nesse processo.

Há quase 10 anos trabalhando na atenção básica do município de São Leopoldo, cansada do modo de trabalho em que não via perspectivas de melhoria da saúde para os usuários do SUS, Magda

Macedo fez de sua inserção no curso de Formação de Apoiadores para a PNH um dispositivo para humanizar o seu trabalho como odontóloga da rede que agora se estende para a sensibilização dos demais profissionais. Após reuniões de negociação com coordenação e equipes da ESF, realizou Roda de Debates com a equipe de SF da área adstrita da Vila Brás.

O resultado foi a melhoria do acolhimento, pois naquele momento a equipe percebeu a importância de ter uma fala única e uma escuta qualificada para atender os usuários e melhorar a porta de entrada da unidade de saúde. “E foi ali que senti a roda começar a rodar, como se estivesse começando a desemperrar os velhos modos de fazer saúde e as oportunidades de fazer um SUS melhor começassem a acontecer”, relata Magda. Na seqüência, a apoiadora criou uma série de momentos com diferentes segmentos da secretaria para abordar o dispositivo “gestão participativa e co-gestão” que, por mobilizar especial interesse por parte daqueles trabalhadores, passou a integrar o Plano de Intervenção a ser implementado.

Os relatos de experiências inovadoras, juntamente com a humanização hospitalar que a apoiadora teve oportunidade de debater nos dois encontros nacionais de que participou, geraram outra demanda que já extrapolou o campo de intervenção com as equipes de SF inicialmente demarcado. Um encontro entre médicos da SF e médicos especialistas do hospital municipal fez-se necessário, marcando, assim, uma nova etapa na caminhada desse município em

direção à humanização da saúde coletiva na região.

A apoiadora Beatriz Pinho, por sua vez, já desenvolvia significativo trabalho como coordenadora regional da Política de Humanização e Assistência à Saúde da 3ª CRS. A partir de seu engajamento no curso, optou por focalizar as intervenções em 4 dos 22 municípios de sua área de abrangência (Arroio do Padre, Jaguarão, Piratini e Turuçu), com os quais pretende estimular a formação dos GTHs na rede básica, fomentando reflexões, discussões e avaliações sobre o tema HumanizaSUS, juntamente com os comitês municipais da PHAS e os gestores.

Em Alegrete, o apoio institucional à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão à Saúde/PNH, através da saúde mental coletiva, tem buscado contagiar os demais setores da saúde, implicando, de forma transversa, os diversos atores envolvidos na “afirmação de um SUS em defesa da vida”. Com um trabalho que há quase duas décadas vem inovando na atenção especializada aos sofredores psíquicos, o sistema hoje denominado “SAIS Mental” evoluiu de um serviço para a constituição de uma rede, uma malha que integraliza ações de atenção, reabilitação, promoção de saúde, ensino e pesquisa voltadas para a participação dos sujeitos na construção da política de saúde mental singular.

O trabalho da psicóloga Maria Judete Ferrari, agora apoiadora da PNH integrada ao curso, tem sido um diferencial para o planejamento de um território de cuidados e

de novas ambiências provocadoras de inclusão, de desmistificação da loucura e de acolhimento ao cidadão. Sua intervenção, a partir do CAPS II e do sistema/SAIS Mental, tem provocado um debate franco e aberto entre gestores e trabalhadores do SUS sobre o acolhimento e a sua diferença em relação aos procedimentos tradicionais de triagem. Tem rejeitado os conceitos que aceitam as filas como procedimentos naturais da assistência ao público e tem contagiado os sujeitos implicados na transformação dessa realidade que tanto produz perversidades, como, por exemplo, a comercialização de lugares nessas filas.

A intervenção em saúde mental infanto-juvenil autoriza o sistema/SAIS Mental a provocar um debate para além do setor saúde, estendendo-o aos setores de justiça, educação, cultura e assistência social, promovendo o Fórum Municipal de Atenção Integral à Criança e à Juventude. Para fortalecer a política de humanização em Alegrete, a apoiadora tem discutido com trabalhadores e gestores os dispositivos da co-gestão e gestão participativa.

Juntos, eles estão construindo um espaço para a educação permanente em saúde: o Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde, que deve articular o campo da socialização dos saberes e servir como eixo de informação, referendando os diversos níveis de atenção e responsabilizando os atores na produção de saúde e de vida. Segundo Judete Ferrari, “a PNH, através dos conhecimentos compartilhados junto ao Observatório de Práticas de Saúde, tem contribuído para a construção de indicado-

res e metas que atravessem esses diversos setores, dirigindo-os para a pactuação de intervenções em defesa das crianças e jovens, mudando os indicadores sociais”.

Cerzindo o Observatório de Práticas de Humanização da Saúde: o *patchwork* da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul

O projeto da Unidade de Produção do Rio Grande do Sul de construir um Observatório de Práticas da PNH apresenta-se como um campo de intervenção desse coletivo para ajudar a pensar a implementação da PNH no contexto do compromisso brasileiro de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e de suas metas na área da saúde. Nesse sentido, os apoiadores que integram a UP têm buscado, em uma iniciativa conjunta com a formadora da região e a apoiadora oriunda do PNUD, associar as atividades e estratégias da PNH àqueles objetivos e metas, utilizando, como referencial, as menções explícitas à humanização no Pacto pela Saúde, passíveis de contratação em nível municipal.

Entendendo que, no médio prazo, o avanço do país, seus estados e municípios rumo à melhoria dos indicadores correlatos às metas do milênio deverá contribuir para modificações no indicador saúde que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na esfera nacional, estadual e municipal, os dados do IDH-M afeitos aos municípios sob observação, ou seja, aqueles que integram a Unidade Produtiva do Rio

Grande do Sul do Curso de Apoiadores do HumanizaSUS, serão incluídos na matriz do observatório em construção.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e o Índice de Desenvolvimento Humano do PNUD são referenciais de análise aceitos universalmente, os quais, no caso dos ODM, estabelecem metas específicas e prazos para o seu cumprimento, por cada um dos países comprometidos com a Declaração do Milênio, aprovada na Cúpula do Milênio, realizada em setembro de 2000 na Sede da ONU em Nova York. No caso do IDH, permitem comparabilidade, entre si, de macro e microunidades geopolíticas (por exemplo, entre países, entre estados de um mesmo país, entre todos os municípios de um mesmo país, entre localidades de um mesmo país).

Ressalta-se que o objetivo da elaboração do IDH é oferecer um contraponto a outro indicador bastante utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB *per capita*), que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub Ul Haq, com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Diferentemente da forma como tem sido interpretado pelos leigos, o IDH não abrange todos os aspectos de desenvolvimento e não é uma representação da "felicidade" das pessoas, nem indica "o melhor lugar no mundo para se viver".

Além de computar o PIB *per capita*, depois de corrigi-lo pelo poder de compra

da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB *per capita* em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um.

A idéia, então, ao conectarmos tais índices internacionalmente reconhecidos às vivências, experimentações e narrativas – práticas micropolíticas enfim – desses apoiadores é fazermos com que o observatório de práticas humanizadoras do SUS seja um instrumento “vivo” de leitura/entendimento sobre a implantação da PNH no RS, com possibilidades de aplicabilidade a outras realidades nacionais. É na captura dessa riqueza que reside a chave para a finalização do observatório.

O caminho de seu cerzimento vem-se mostrando um genuíno trabalho de *patchwork*, pavimentado pelas vivências individuais e coletivas, pelos encontros presenciais e virtuais, pela montagem do conceitual e pela aferição do experimental, pela vibração pelas pequenas conquistas e pela reflexão em roda sobre as adversidades. O Observatório de Práticas da PNH deverá consistir de:

Capítulo introdutório

- considerações iniciais;
- objetivos e definição das variáveis;
- caracterização dos serviços de saúde da UP-RS.

Matriz do Observatório

Pensada como trilogia: global – nacional – municipal.

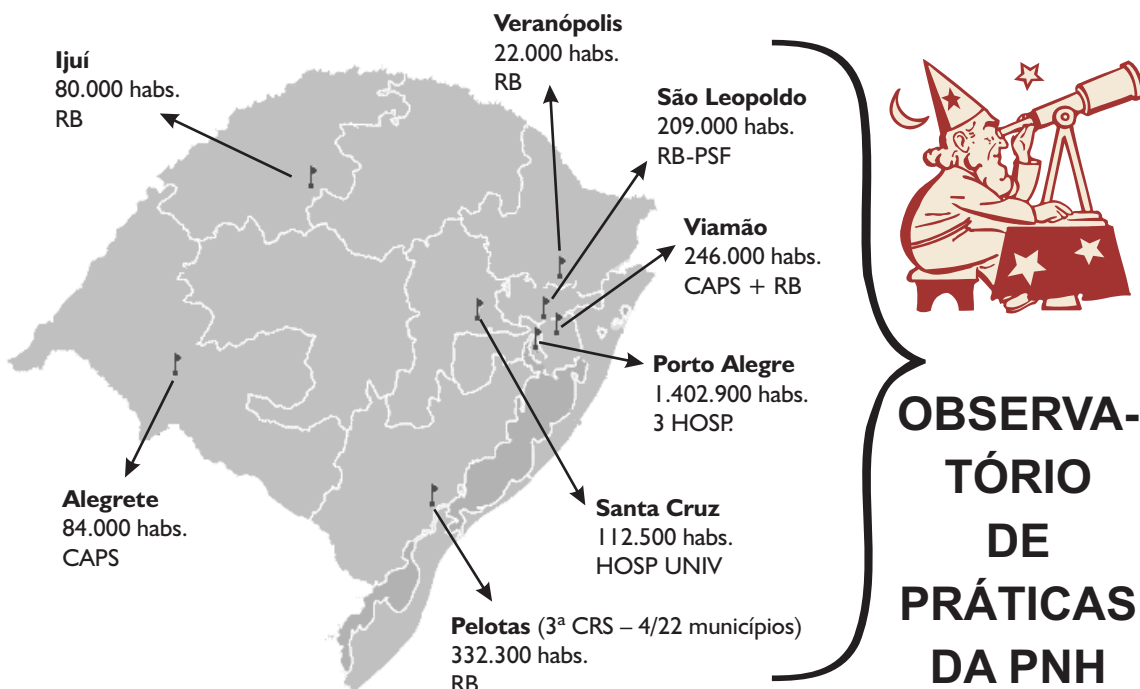
Conclusões

- análise e considerações sobre a implantação da PNH nos municípios da UP-RS: nós críticos, enfrentamentos e avanços, baseados nas narrativas dos apoiadores sobre a implementação de seus respectivos planos de intervenção e no compartilhamento virtual e presencial do grupo;
- possibilidades advindas da relação ODM – PNH. O período sob análise da implementação dos dispositivos nos municípios é curto – na melhor das hipóteses, seis meses – e, conseqüentemente, sabe-se, desde já, insuficiente para permitir observações conclusivas, mas a função estratégica fundamentada nas diretrizes e princípios da PNH que cada apoiador institucional já assumiu prontamente anuncia os primeiros efeitos nos diferentes municípios envolvidos. Do mesmo modo, o esforço de implementação da PNH com foco no percurso de um dispositivo específico, identificado por cada apoiador a partir das pactuações locais, deverá permitir uma análise preliminar de sua imple-

mentação: nós críticos, estratégias inventadas localmente para o enfrentamento das dificuldades na sua implantação, nos resultados de curto prazo, nas lições aprendidas, nas possibilidades.

Vale ressaltar que o grupo não trabalha com a ilusão de que a PNH poderá ser direta e cabalmente associada à consecução das metas do milênio, pois existe, *a priori*, consciência plena de que o impacto sobre uma determinada área de desenvolvimento é indivisível da perspectiva da mensuração de contribuições específicas. O exercício de cerzimento coletivo, porém, já se provou efetivo. Temos vibrado juntos a cada alinhavo, comemorado cada retalho bem colocado, sofrido em rede cada espaço roto que ainda não vemos jeito de costurar, mas nem por isso deixamos de nos permitir viver essa utopia e de nos deliciarmos com a experiência de habitar esse estranho lugar.

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SERVIÇOS DE SAÚDE DA UP-RS



OBSERVATÓRIO DE PRÁTICAS DA PNH

Os apoiadores que integram esta UP têm buscado, em uma iniciativa conjunta com a formadora da região e a apoiadora oriunda do PNUD, associar as atividades e estratégias da PNH aos objetivos e metas, utilizando, como referencial, as menções explícitas à humanização no Pacto pela Saúde, passíveis de contratação em nível municipal. Entendendo que, no médio prazo, o avanço do país, seus estados e municípios rumo à melhoria dos indicadores correlatos às metas do milênio deverá contribuir para modificações no indicador saúde que compõem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na esfera nacional, estadual e municipal, os dados do IDH-M afeitos aos municípios sob observação, ou seja, aqueles que integram a Unidade Produtiva do Rio Grande do Sul do Curso de Apoiadores do HumanizaSUS, serão incluídos na matriz do observatório em construção.

Desde que a metodologia do IDH vem sendo utilizada, há 10 anos, para aferir o *ranking* dos estados e, mais recentemente, dos municípios brasileiros (entre si, respectivamente), o Rio Grande do Sul vem-se apresentando entre as quatro primeiras colocações. Um dos três indicadores do índice diz respeito à saúde (esperança de vida ao nascer e longevidade), referencial a ser utilizado, de forma direcionada, ao universo de municípios da UP-RS, na construção da metodologia do observatório de práticas da saúde. Assim, tomando as diretrizes e os dispositivos da PNH como recorte no campo das políticas públicas, buscar-

se-á construir, a partir dos ODM e perpassando o Pacto pela Saúde, um “pequeno” observatório voltado para a avaliação de como e em que medida a PNH contribui (tem contribuído ou poderá contribuir) para a consecução dos ODM na área da saúde.

Três grandes projetos na área da saúde, ligados ao fortalecimento do SUS, tornaram-se marco na parceria com o governo brasileiro: (I) BRA/92/001 - Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS; (II) BRA/90/032 - Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde e (iii) BRA/93/015 - Desenvolvimento Institucional para o Controle de Doenças Endêmicas no Sistema Único de Saúde.

ODM: 4, 5 e 6 tratam diretamente de tema saúde:

ODM 4 - reduzir a mortalidade infantil; meta: reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos.

ODM 5 - melhorar a saúde materna; meta: reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna.

ODM 6 - combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; meta: até 2015, ter detido a propagação do HIV/AIDS e começado a inverter a tendência atual; e, até 2015, ter detido a incidência da malária e de outras doenças importantes e começado a inverter a tendência atual.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em: 10 jan. 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Textos/Cartilhas: formação de apoiadores para a PNH da gestão e atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 16-23, set./dez. 2005.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Desenvolvimento Humano e IDH**. <Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 07 jul. 2006.