

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Seminário
10 Anos da Política
Nacional de Humanização



Brasília – DF
2015

Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização



2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização

SAF SUL, Trecho 2, bloco F, 1º andar, sala 102

Ed. Premium, Torre II.

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9130

E-mail: humanizassus@saude.gov.br

Sites: www.saude.gov.br/humanizassus /

www.redehumanizassus.net

Coordenação da Política Nacional de Humanização

Gustavo Nunes de Oliveira

Coordenação do Livro 'Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização'

Renata Adjuto de Melo

Organização do Livro 'Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização'

Renata Adjuto de Melo

Organização do 'Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização'

Cathana Freitas de Oliveira

Etiane Araldi

Francisco Carreiro

Gustavo Nunes de Oliveira

Isabel Cristina Pereira dos Santos

Jeaneyne Couto Valente

Jimeny Pereira Barbosa Santos

Jordan Callai

Paulo Morais

Raquel Ritter Gonsalves

Renata Adjuto de Melo

Sheila Rodrigues de Souza

Revisão

Sheila Rodrigues de Souza

Colaboração

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior

Cathana Freitas de Oliveira

César Gustavo Moraes Ramos

Dario Frederico Pasche

Denise Rinehart

Fernanda Baptista Cardoso

Geraldo Adão Santos

Gustavo Nunes de Oliveira

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Julio Manuel Suaréz

Jurandi Frutuoso Silva

Liane Beatriz Righi

Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Maria Elizabeth Mori

Pedro Ivo Freitas de Carvalho Yahn

Radilson Carlos Gomes

Regina Duarte Benevides de Barros

Sérgio Aragaki

Fotografias

Sheila Rodrigues de Souza

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão: Eveline de Assis e Tatiane Souza

Capa, projeto gráfico e diagramação: Léo Gonçalves

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

124 p. : il.

ISBN 978-85-334-2227-8

1. Política Nacional de Humanização (PNH). 2. Atenção à Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título.

CDU 614.39

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0024

Títulos para indexação:

Inglês: Seminar 10 years of National Policy of Humanization

Espanhol: Seminario 10 años de la Política Nacional de Humanización

Sumário

Apresentação	5
1 Cerimônia de abertura	9
2 Carta de Regina Benevides	51
3 Debates com participantes	57
4 Mesa de Debate com convidados	63
5 A PNH nas Redes de Atenção à Saúde	71
6 Concurso Cultural “Somos parte do SUS que dá Certo”	85
7 Experiências da PNH	105
8 Encerramento	111
Anexo A – Fragmentos de uma imagem em construção coletiva: um retrato da Política Nacional de Humanização	117

Apresentação

Em 2013, o Brasil celebrou 10 anos da criação de importantes políticas sociais. Na área da Saúde, comemorou-se os 10 anos da Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS. E, para analisar sua trajetória e o papel de suas diretrizes na melhoria da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde convocou gestores, trabalhadores e usuários a participar do Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização, ocorrido no dia 28 de novembro de 2013, em Brasília/DF.

Momento de balanço, avaliação, reconhecimento de todos e de todas, sujeitos e instituições, que efetivamente contribuíram para a criação, a implementação, o crescimento e a consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil, no SUS e nas suas interfaces, com amplo conjunto de políticas públicas sociais. Também momento de colocar à prova o acúmulo político, técnico e a capilarização social da Humanização da Saúde como pauta de luta pela consolidação e garantia da Saúde como direito e pela democracia.

Nesse sentido, convocar sujeitos e instituições, organismos e organizações nacionais e internacionais que apoiaram a PNH ao longo desses 10 anos significa, além de reconhecer essas contribuições e de constituir a sua memória, momento avaliativo e prospectivo, colocando em análise os desafios atuais e os futuros, procurando fazer a PNH diferir de si própria, colocá-la em devir, para que possa continuar a contribuir para a inovação e o fortalecimento das políticas públicas sociais no Brasil, diante de novos desafios.

Para tanto, esse momento também representou o ponto alto de um longo processo de avaliação e de discussão interna da PNH, constituído pelos sujeitos que a compuseram no último período de governo federal, vinculados ao Ministério da Saúde. Processo que iniciou formalmente no encontro do Coletivo Nacional da PNH, em Brasília, em dezembro de 2011, passou pelo Coletivo Nacional Ampliado, em Florianópolis, em setembro de 2012, no qual o tema disparador de discussões, com 170 convidados, foi: 'O que pode a PNH?'. O Coletivo Nacional da PNH organizou cinco seminários macrorregionais, abrangendo todas as regiões do País, entre novembro de 2012 e junho de 2013, incluindo coletivos regionais ampliados, movimentos sociais, apoiadores, entes federados e universidades, mobilizando 1.250 pessoas em torno da Humanização do SUS, constituindo, ao final desse processo, a Frente de Mobilização Social da PNH, criada no dia 4 de julho de 2013, em encontro com movimentos sociais das cinco regiões brasileiras.

O Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização ocorre, ainda, em meio ao processo de construção e de planejamento da PNH e construção do seu Contrato Interno de Gestão, consolidando o processo cogestivo da própria política, em âmbito nacional, incluindo todos os seus gestores, trabalhadores, colaboradores e coletivos. Momento de convergência de forças políticas que colocavam a questão do alcance, da potência e da real amplitude da PNH no Brasil, nos dias de hoje, após 10 anos. Algumas iniciativas deram sinais do que têm representado a PNH e a pauta do Movimento HumanizaSUS atualmente no Brasil. Um desses sinais foi a surpreendente resposta, em termos de participação e de inscrições de trabalhos, ao Concurso Cultural Somos Parte do SUS que dá Certo.

No Seminário houve a entrega de certificados aos 30 finalistas e a divulgação das 10 experiências de humanização do SUS que vão compor o novo vídeo institucional da PNH. Duas experiências de cada região brasileira foram selecionadas entre 284 inscritas, incluindo e trazendo visibilidade às especificidades locais e regionais do 'SUS que dá Certo'. Também foi divulgado um mapa das ações realizadas pela PNH em todo o território nacional. Ações estas que estão relacionadas e publicadas no Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, divulgadas e georreferenciadas no espaço público da Rede HumanizaSUS, de forma permanentemente atualizada. Nesse embalo, a PNH propôs e o Ministério da Saúde lançou, no Seminário 10 Anos da PNH, a Semana Nacional de Humanização, cuja primeira edição aconteceu de 4 a 7 de abril de 2014, com a proposta de dar visibilidade e apoio a ações de humanização em todo o território nacional, de forma descentralizada e participativa, representando a maior ação organizada de humanização da Saúde desde a criação da PNH. Uma aposta institucional do Ministério da Saúde na potência e na capilaridade da PNH no SUS e no Brasil.

A humanização da atenção no SUS passa por compreendermos que o trabalho em saúde deve transformar necessidades humanas e fortalecer a vida. Acolher e garantir o acesso, estabelecer atenção e cuidado integral, com equidade.

Humanização é compreender que a ordem social não pode ser garantida pela força da violência, seja ela de estado ou não. Compreender a necessidade do dissenso e do conflito para que a produção do mundo e dos seus valores seja coletiva e pública.

A luta por uma realidade humana melhor e mais justa expressa-se hoje em todos os setores da sociedade brasileira. Mas é no cotidiano das cidades, do campo, das florestas, dos rios e dos mares brasileiros que essa luta acontece. Nas adversidades dos territórios, na micropolítica, por entre as tramas das redes, que a experiência de muitos brasileiros e brasileiras vai nos apontando e nos dizendo o que e como se pode fazer melhor.

Nos seus 10 anos, a Política Nacional de Humanização, a partir de seus trabalhadores e de sua ampla rede de apoiadores, procurou ouvir, ver e participar desse cotidiano de lutas e, a partir dessas experiências, sistematizar propostas concretas, que pudessem ser disseminadas para todo o SUS e todo o País. Um dos efeitos disso foi a sistematização de um grande número de dispositivos e a própria constituição dos princípios, diretrizes e método da PNH.

Outro efeito foi o contato e a ativação de redes sociais de colaboração solidária e de luta por direitos e democracia, articulando inúmeros gestores, trabalhadores, usuários e movimentos sociais, em torno de produções que estão fazendo a diferença no SUS. Ao que se denomina Movimento HumanizaSUS.

Os escritos, as transcrições e os relatos que compõem esta publicação são uma forma de registrar e constituir a memória desse momento tão significativo para a PNH e para a formulação das políticas públicas sociais no Brasil.

Coordenação da Política Nacional de
Humanização de julho de 2011 a maio de 2014



1 Cerimônia de abertura

Mestre de Cerimônias – Solicitamos a todos que desliguem os seus celulares ou os coloquem no modo silencioso. Dentro de instantes daremos início ao Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização (PNH).

Senhoras e Senhores, bom dia!

Em 2013, o governo federal celebra 10 anos da criação da Política Nacional de Humanização, o HumanizaSUS. E para analisar sua trajetória e o papel de suas diretrizes na melhoria da atenção e da gestão do SUS, o Ministério da Saúde convocou gestores, trabalhadores e usuários a participar do Seminário 10 anos da Política Nacional de Humanização.

É preciso refletir sobre os avanços e desafios construídos pela PNH ao longo de seus 10 anos de atuação no SUS. Ao longo deste dia, haverá o debate entre os gestores do Ministério da Saúde e ex-coordenadores da PNH, com análise da evolução e trajetória da PNH como política pública. Também serão lançadas diferentes ferramentas para auxiliar as práticas de humanização do SUS, tais como monitoramento on-line das ações, novas publicações e também a Semana Nacional de Humanização 2014.

A atividade tem início neste momento e está sendo transmitida *on-line*, na sala de eventos da Rede HumanizaSUS <www.redehumanizasus.net>.

Convidamos para compor a mesa solene de abertura deste Seminário o senhor Dário Frederico Pasche – diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, neste ato representando o senhor Secretário de Atenção à Saúde; Helvécio Miranda Magalhães Júnior, seguido das seguintes autoridades: o senhor Julio Manuel Suarez, coordenador da Área de Serviços de Saúde Baseados nos Cidadãos, neste ato representando a Organização Pan-Americana da Saúde; a senhora Fernanda Baptista Cardoso, neste ato representando o Ministro da Saúde de Angola; a senhora Maria Filomena, coordenadora da Unidade de Políticas Sociais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud); o senhor Jurandi Frutuoso, secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); a senhora Denise Rinehart, coordenadora técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); o senhor Geraldo Adão Santos, representante do Conselho Nacional de Saúde; o senhor Gustavo Nunes de Oliveira, coordenador da Política Nacional de Humanização.

Fotografia 1 – Mesa de Abertura



Fonte: PNH/SAS.

Convidamos neste momento o coordenador da Política Nacional de Humanização, senhor Gustavo Nunes de Oliveira, para dar as boas-vindas aos participantes deste seminário.

Gustavo Nunes de Oliveira (Coordenador da Política Nacional de Humanização) – Bom dia a todos e a todas! Estou nervoso. Gente, é um enorme prazer estar aqui com vocês. Todas as pessoas que estão aqui nesta sala contribuíram com a construção da Política Nacional de Humanização. Nós temos muitos companheiros e companheiras que estão nos territórios, que estão nos estados e municípios e nas áreas do Ministério da Saúde, que também têm contribuído muito com a construção da humanização no SUS. Então eu queria cumprimentar a todos e a todas e aos companheiros que estão nos assistindo, que estão pelos territórios do SUS colaborando e construindo a humanização da atenção e da gestão no SUS.

Esse é um momento de muito orgulho para nós, um momento que a gente vem construindo ao longo desses anos, um momento de comemoração, um momento de parabenização e um momento de avaliação também da evolução do trabalho nesses 10 anos. São companheiros e companheiras de muita confiança, de uma longa estrada de luta. Esse ano eu estou comemorando também 20 anos de militância no SUS. Então eu queria agradecer muito a vocês, saudar e desejar um excelente dia de comemorações, de festa e de contribuição para a construção da história da saúde no nosso país.

Queria agradecer a presença das autoridades aqui presentes. Queria agradecer a presença dos 30 finalistas do concurso ‘Somos parte do SUS que dá certo’. A gente teve 284 inscrições, em que enviaram vídeos de todo o País, de todas as regiões, e aqui estão os 30 que passaram na primeira fase da avaliação, que foi uma avaliação construída coletivamente, publicamente. E hoje a gente vai discutir um pouco como foram essas experiências, esses acúmulos. Então é isso. Bom dia e muito obrigado por terem vindo.

Fotografia 2 – Apoiadores de todo o Brasil participam Seminário 10 Anos de Política Nacional de Humanização



Fonte: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora o representante do Conselho Nacional de Saúde, senhor Geraldo Adão Santos.

Geraldo Adão Santos (representante do Conselho Nacional de Saúde)

– Eu gostaria, em nome do senhor Dário e em nome da senhora Fernanda, saudar os componentes da Mesa. Bom dia a todos! Bom dia a todas! O meu nome é Geraldo Adão Santos. Eu sou membro do Conselho Municipal de Saúde da minha terra, Nova Lima, do qual eu sou presidente. Sou membro do Conselho Nacional de Saúde, representando o segmento dos aposentados e pensionistas pela Cobap – a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos. No Conselho Nacional eu coordeno a Comissão de Saúde do Idoso e sou coordenador adjunto da Comissão de Eliminação da Hanseníase.

Aqui estou representando o Conselho Nacional de Saúde por designação da nossa presidenta, Maria do Socorro, que manda também a sua mensagem de agradecimento pelo convite feito ao Conselho e a justificativa de não estar presente e de eu fazer a sua representação, mas com a mensagem do reconhecimento da importância da Política Nacional de Humanização e do SUS, caminhando para completar 25 anos.

O Conselho Nacional de Saúde e certamente toda a militância do SUS estão empenhados em fazer com que o SUS, nesses 25 anos de tempo de vigência e tempo de funcionamento, com a Política Nacional de Humanização e outras políticas, como a Política Nacional de Saúde do

Idoso, e tantas outras políticas específicas; trabalham para que o SUS se consolide efetivamente como o Sistema Único de Saúde, atendendo de forma humanizada, de forma qualificada a todas as demandas da população brasileira.

O Brasil teve a coragem e a competência de criar o Sistema Único de Saúde, indo na contramão da tendência mundial. E o sistema é considerado um sistema realmente irreversível, mas ainda carente de alguns aperfeiçoamentos, o que compete a todos nós trabalharmos. E a Política de Humanização é realmente um caminho importante. Então, nesse momento, em nosso do Conselho Nacional de Saúde, nós parabenizamos o Ministério da Saúde pela realização deste evento. Saudamos todas as pessoas. E que todos nós estejamos, e toda a militância do SUS, efetivamente comprometidos com esse sistema.

Para terminar – eu não sei quem escreveu, mas está no documento HumanizaSUS, com o qual eu fui contemplado –, está escrito aqui e acho que isso é importante para todos nós: ‘As pessoas podem esquecer seu rosto, suas ações, seus gestos, mas jamais irão esquecer o que você, um dia, as fez sentir’. Eu acho que, com esta mensagem, nós podemos realmente pensar no sucesso deste evento e nos desdobramentos que a Política Nacional de Humanização trará em benefício do acesso, da qualidade do serviço e da humanização do atendimento.

Gostaria de pedir permissão para fazer aqui um preâmbulo. Em 2009, nós tomamos posse no Conselho Nacional de Saúde e o primeiro pronunciamento nosso, neste Conselho, meu, Geraldo Adão Santos, e do conselheiro Climério Rangel, foi exatamente a oportunidade que tivemos de fazer o primeiro pronunciamento. Nós fizemos um pronunciamento exatamente sobre isso. O SUS estava completando 10 anos – é claro que o tempo era curto –, mas a questão do acesso, da qualidade, da humanização do atendimento ainda não era uma realidade. Faltava muito para isso, pelo menos, começar a acontecer de fato. E o doutor Nelson Rodrigues, presidente do Conselho, naquela época, disse: ‘Adão, nós vamos constituir aqui um grupo de trabalho para iniciar esse processo da humanização. E temos certeza de que isso vai se desdobrar e vai beneficiar muito o SUS agora e no futuro’.

Felizmente, nós estamos aqui, vamos dizer assim, como participantes do início desse processo e hoje ainda, no Conselho Nacional, sabemos o quanto a Política de Humanização já trouxe de benefícios para os usuários dos SUS, mas ainda pode trazer muito mais, principalmente se considerarmos que a porta de entrada do SUS é a atenção básica e é lá que ela tem que efetivamente acontecer. E, naturalmente, com os desdobramentos nas instâncias superiores.

Então, eu peço permissão para mencionar isso, porque o Conselho Nacional de Saúde, por meio de uma participação de Conselheiros, num momento de pronunciamento, nós fizemos essa proposta: foi constituído o GT, esse GT trabalhou, apresentou as primeiras propostas, logo em seguida foi criado um comitê técnico para trabalhar o processo da humanização. Já começamos a trabalhar juntos, a Comissão do Conselho e o GT com esta comissão técnica, e a primeira proposta foi trabalhar com os hospitais que já tinham ações de humanização. Depois foi evoluindo e trabalhando com essa equipe, ampliou-se a equipe pelo Ministério e, em 2003, com a política aprovada, foi entendido que a Política de Humanização tinha de ser abrangente, do tamanho do SUS e atendendo às demandas e aos compromissos do SUS.

Hoje nós temos a política completando 10 anos. Comemoramos aqui resultados positivos para a nação brasileira, fazendo votos de que ela evolua e esteja em cada município, em cada unidade de saúde, na cabeça e no compromisso de cada militante do SUS, seja trabalhador, seja gestor, seja usuário, seja prestador de serviço. Então, nós parabenizamos, em nome do Conselho Nacional, a realização deste evento e o Conselho Nacional dispõe-se, efetivamente, como também é do seu dever, mais do que dever, um compromisso de boa vontade para que a Política de Humanização se consolide como nós esperamos ver consolidado o SUS. Que seja na prática efetivamente o reflexo do que está na Política e do que está na Constituição e que está na lei. Muito obrigado. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Convidamos agora a coordenadora técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Denise Rinehart, para fazer uso da palavra.

Denise Rinehart (coordenadora técnica do Núcleo de Participação da Comunidade na Saúde do Conasems) – Bom dia, a todos e todas. Primeiramente, quero agradecer o convite que foi feito em nome do presidente do Conasems, doutor Antônio Carlos Figueiredo Nardi, secretário Municipal de Maringá, que não pôde estar presente, em função de uma agenda previamente marcada em seu próprio município, e pediu que eu fizesse a representação, à qual venho com muita satisfação, uma vez que pude participar do momento de avaliação dos vídeos. E constatar a riqueza e a criatividade que brasileiros e brasileiras, trabalhadores e trabalhadoras, gestores e usuários são capazes de colocar, por meio da sua energia, no dia a dia, modificando muitas vezes a noção de trabalho repetitivo – que muitas pessoas ainda insistem em colocar sobre a saúde e a humanização da atenção – e vêm corajosamente mudar.

Quase 300 experiências são muita coisa. Mas quando a gente pensa que são 5.570 municípios, a gente acha que isso é uma gotinha no oceano. Mas foi uma amostra muito rica e aqui, hoje, a gente está com 30 delas, da capacidade que as pessoas têm de transformar o que a gente vê há 10 anos no papel, como a Política, em realidade viva, que traz consigo conceitos que, até então, não eram rotineiramente abordados nas secretarias municipais de saúde, no processo de atenção: a questão da diversidade, a questão da solidariedade, a questão da amorosidade. O acolhimento, até então essa palavra não existia, o que ela traduz hoje para nós enquanto processo e qualidade da atenção e da assistência prestada que se pretende num SUS desejado, agora, como o Geraldo Adão muito bem lembrou, a completar 25 anos.

Eu só tenho a parabenizar todos que aqui estão, e aos quase 300 que também tiveram a iniciativa e a coragem de postar os seus vídeos, que muitas vezes a gente comentou durante o processo de avaliação. Não é um prêmio em si, um dinheiro vultoso – é claro que é muito bom também – que traduz a nossa felicidade em ser reconhecido com uma experiência num universo de 5.570. Mas muitas vezes é poder participar dessa construção de um sistema único tripartite, numa federação, cujos entes têm a autonomia que cada ente tem, que é um desafio também a construção bipartite, tripartite e que o SUS traz consigo esse grande desafio.

E parabenizar o Ministério da Saúde pela iniciativa do Seminário de comemoração dos 10 anos e pela iniciativa da premiação de cada um de vocês, e que depois renderá um material muito rico para a gente rodar esse Brasil e mostrar o que o SUS é capaz de fazer. Dificuldades a gente tem muitas ainda. A gente tem muitos desafios para superar, muitos obstáculos que são colocados à nossa frente. Mas nessa luta eu acho que é importante ficar explícito que existem atores, autores e pessoas capazes de mostrar que o SUS é real sim e que ele pode produzir mudanças na saúde e mais – vou mais longe – na sociedade. E é isso que a gente deseja, uma sociedade capaz de incluir, como está posto na nossa Política de Humanização a diversidade. Não só na assistência, como de uma forma mecânica, mas na nossa sociedade, garantindo o direito pleno à saúde, que eu acredito que as senhoras e os senhores que aqui estão e a muitos que representam também acreditam.

Mais uma vez parabéns pelo evento, parabéns pela iniciativa e obrigada pela oportunidade de dar esse recado para todos os que estão aqui e aos que estão nos ouvindo também. Um abraço. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Neste momento ouviremos o secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Jurandi Frutuoso.

Jurandi Frutuoso (secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass) – Bom dia. Bom dia! Um bom dia humanizado! Bom dia! Eu queria saudar o doutor Dário Pasche, ele que, nesse momento aqui, representa o secretário Helvécio Miranda. O Dário, que tem todo o cuidado de trabalhar as políticas de saúde da área que ele coordena com muito zelo, muita paixão, com muita determinação. O Helvécio, na sua ausência, eu também queria elogiá-lo pela competência e pelo compromisso que assumiu com o SUS desde há muito – ele que já foi secretário Municipal de Saúde, presidente do Conasems, enfim, e que hoje assume essa pasta à frente da Secretaria da SAS. É que a agenda de novembro e dezembro é um pouco complicada. A gente acha que o mundo acaba em novembro. Então tudo acontece em novembro. São muitos compromissos. O meu amigo Julio, o meu companheiro Julio aqui da Opas, nós estamos chegando aqui do Amapá. Chegamos ontem à noite de uma agenda de três dias. Ele também corre esse Brasil tentando ajudar naquilo que é possível, onde nós somos chamados. O Julio tem todo esse compromisso também dito aqui para o Helvécio e aqui eu repito. A senhora Fernanda Baptista Cardoso, representante de Angola; Maria Filomena, do Pnud; a minha amiga Denise, lá do Conasems; o meu companheiro Geraldo Adão, companheiro pelo fato de eu ser também conselheiro nacional de saúde. Daí eu pedi para incorporar toda a sua fala na minha fala aqui para não ter de repetir. Nós já somos bastante amigos e ele me dá essa intimidade pelo fato de também ser conselheiro. E o Gustavo. Gustavo, parabéns pela sua maneira de conduzir, porque quem recebe essa saraivada de palmas, esses aplausos bastante intensos, é um atestado que lhe dão da maneira como você conduz a sua pasta.

Então eu queria aqui, em nome do presidente Alecrim, secretário do Amazonas, que esteve aqui ontem. Ele teve que voltar ontem à noite e vai ter que voltar no dia 2 para a Conferência de Saúde Indígena, vai ter que retornar aqui no dia 10 para a city, no dia 11, dia 12. Então, não dá para ficar saindo toda a hora do estado, senão ele vai ser demitido. Mas eu estou aqui falando em nome dele.

O Conass tem tido o cuidado de acompanhar essa Política. Na verdade, nessa avaliação que aconteceu, nós fomos representados pela doutora Lourdes Almeida, que agora, nesse instante, está na agenda do Dário, que é da Política de Saúde Prisional. Quer dizer, noutro evento, e eu tive de vir aqui, mesmo sem ter participado. Mas isso demonstra que o SUS é uma política de saúde que envolve e que tem evoluído por conta do compromisso de todos. A gente sabe que tem dificuldades, e é bom dizer que tem dificuldade, porque se nos acomodarmos, a gente não vai evoluir. Mas também é bom dizer que os problemas de saúde não são só do SUS, não são só do Brasil. O mundo todo se debate procurando formas que possam lhe dar a condição de evoluir ainda mais na saúde das suas pessoas.

Não é fácil, a sociedade é complexa, as mudanças epidemiológicas acontecem e o perfil demográfico muda no Brasil com muita velocidade. A densidade, o acúmulo tecnológico da mesma maneira, e nós temos o desafio do financiamento. Mas esse desafio da força de trabalho é bem maior do que a gente imagina. Agora todo o investimento está sendo feito da Rede de Atenção à Saúde, do Sistema de Informação, enfim, uma cadeia de processos que estão sendo tocados, mas se nós não mudarmos a maneira de nos relacionarmos com as pessoas, nada disso adiantará. Tudo isso será em vão, porque na boa unidade de saúde, equipada com bons aparelhos, com muitos técnicos e muitos profissionais, se o paciente, se a pessoa que procura, se o cidadão que ali chega não for bem recebido, de nada valeu o que se fez para trás. E essa Política de Humanização do Sistema Único de Saúde é o que nesse momento nos anima mais ainda a fazer, porque nós estamos num processo novo e as pessoas me perguntam: 'O que que se discute em Brasília?' Eu digo que se discute muita coisa. Muita coisa está sendo feita.

Nós estamos agora na efervescência da discussão de um dos pontos dos recursos humanos, que é a questão do 'Mais Médicos'. Mas eu não vejo o 'Mais Médicos' apenas como mais 2, mais 4, mais 10 ou mais 11 mil médicos. Eu vejo o 'Mais Médicos' como uma oportunidade que nós, profissionais brasileiros, temos de mudar um pouco a condução do processo de trabalho. Para mim, o maior legado vai ser a relação médico/paciente. O que vai ficar do 'Mais Médicos' é isso. Entendeu? Já estão refletindo.

Eu fui dar uma aula segunda-feira, em Fortaleza, na Faculdade de Medicina. Eu me encantei, porque os acadêmicos de medicina do primeiro ano estão criando a Liga do Saúde da Família. Algo inimaginável ano passado. Então, esse processo todo, para terminar, é isso que vai acontecer. Nós vamos ter de discutir política de saúde, discutir recurso para investimento na Rede, discutir mudanças de processo de trabalho. Nós temos que, transversalmente, continuar falando a toda hora da questão da relação trabalhador com trabalhador, gestor com trabalhador, usuários com pessoas da Rede, e aí, se a gente evoluir nesse processo, a gente vai ter um ganho muito forte na qualidade de vida. E cada um aqui é responsável por isso. Nós somos muito responsáveis e cada trabalhador, do seu lócus de trabalho, também terá de ter esse compromisso.

Eu acho que essa Política e essa reunião de pessoas aqui comprometidas, essa avaliação que foi feita, esses 30 trabalhos selecionados, os 10 que foram premiados, todos são premiados. Quem participou, quem inscreveu o seu, já foi premiado pelo fato de ter participado. Um dia eu estava bem ali, naquele lugar. Eu não me esqueço nunca desse dia: 1997. Eu estava bem ali naquela cadeira, quando eu recebi um certificado desses, de uma política que foi discutida aqui, em Brasília. Eu era ainda mais jovem na gestão. E até já botei na minha parede, guardei na minha

alma, porque é uma coisa que fica. Então, vai marcar cada um de vocês. E ao marcar, aumentará, com certeza, o compromisso de cada um com a evolução e com a disseminação desse compromisso que é o de sempre fazer um Brasil maior, onde todos se sintam cidadãos e abraçados pela solidariedade e pelo compromisso em cada um de nós. Obrigado, um bom trabalho e bom dia! (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora a coordenadora da Unidade de Políticas Sociais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), Maria Filomena.

Maria Filomena (coordenadora da Unidade de Políticas Sociais do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud) – Bom dia a todos! Cumprimento todos os componentes da Mesa e agradeço o convite para falar aqui, hoje, em nome do doutor Jorge Chediek, representante do Pnud e coordenador do Sistema das Nações Unidas no Brasil, que pede desculpas por não poder estar presente.

A passagem dos 10 anos da Política Nacional de Humanização tem um significado muito importante para o Pnud, porque, em 2006, o Pnud estabeleceu uma parceria com o Ministério da Saúde e com a Agência Brasileira de Cooperação para qualificar a Política Nacional de Humanização. Esse projeto, passados agora quase sete anos de sua implementação, tem resultados muito concretos na formação e na qualificação dos recursos humanos, no desenvolvimento de tecnologias e no compartilhamento de práticas humanizadas de atendimento no SUS. Nós trabalhamos em diversas áreas e a formação e a qualificação de recursos humanos eu acho que foi a principal delas. E nisso o projeto deixa um legado, que é um imenso acervo de materiais didáticos e de documentos normativos, que eu acho que continuarão tendo um papel no fortalecimento da Política Nacional de Humanização. O Pnud também abordou alguns instrumentos de gestão informatizada e procurou ampliar a participação por meio das redes sociais, que é uma coisa que vai continuar – não é, Gustavo? –, que tem uma importância muito grande na Política.

A nossa colaboração também envolveu universidades, envolveu o Conass, o Conasems, apoiou o desenvolvimento de planos regionais, que foram importantíssimos também. E o projeto encerra-se agora, neste ano. Mas seu sucesso eu acho que está refletido no desenvolvimento de uma nova proposta. E essa proposta se baseia em todo o trabalho que já foi realizado para ter agora um foco em populações mais vulneráveis. Entre essas populações estratégicas, essas populações vulneráveis, nós podemos mencionar as populações indígenas e também populações em áreas remotas do País, mais difíceis de atingir. Então, construindo em cima de tudo o que nós trabalhamos nesses sete anos e meio, a gente procura agora articular saúde e direitos humanos na atenção à saúde.

Outra coisa que eu acho importante ressaltar é que a presença da doutora Fernanda aqui mostra que essa experiência de humanização está sendo efetivamente compartilhada. Nós temos experiências para aprender com Angola; Angola tem experiências para trocar conosco. Então, eu acho que a presença dela aqui dá ainda mais relevância a este evento. E com isso eu quero parabenizar vocês pelo evento, parabenizar pelo lançamento das publicações da PNH, que será feito nesta tarde, e parabenizar os 30 finalistas do concurso cultural. Como disse a Denise, realmente isso é um grande feito e a gente fica muito feliz de estar aqui. Muito obrigada e um bom dia a todos! (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Com a palavra a representante do Ministério da Saúde de Angola, Fernanda Baptista Cardoso.

Fernanda Baptista Cardoso (representante do Ministério da Saúde de Angola) – Muito bom dia! Quero apresentar os cumprimentos aos membros da Mesa, em nome de Sua Excelência, o Ministro da Saúde José Dias Vieira Van-Dúnem, e em meu nome pessoal, pela passagem dos 10 anos da Política Nacional de Humanização. Espero que este dia seja perfeito e que marque para Angola mais uma vez aquilo que já está praticamente consolidado. Em nível da humanização, eu agora estava a fazer um preâmbulo. Sinto-me extremamente orgulhosa de estar presente e vou lhes dizer: parece que estou a fazer um exame. Isto por quê? Porque a Política Nacional de Humanização e Assistencialização de Angola foi pensada, organizada e a primeira vez que cansei de bater na questão da situação da humanização, toda a gente falava em humanização, e eu perguntava: ‘Mas vamos humanizar o quê?’

Nos debates que eu tinha e na minha experiência, eu sei que teríamos de começar por qualquer situação. E eu propus um desafio. E quem conhece o meu Ministro – eu julgo que sim – sabe perfeitamente como ele é. Numa atividade de trabalho ele olhou para mim e disse: ‘Então, dissestes que não há nada feito. É um desafio. Humanize’. E essa responsabilidade caiu sobre os meus ombros. Portanto, o Programa Nacional de Humanização, comecei a trabalhá-lo em Angola, em 2009. Não é fácil reunir uma equipe e com a diversidade cultural que nós temos, quer em nível de etnias, quer em nível de tradições, quer em nível de mitos, foi muito difícil começar a desenhar a humanização da assistência em nosso país. No entanto, como toda mulher, nós gostamos muito de desafios. Pequenininha como sou, eu disse: ‘Eu tenho que fazer isto, custe o que custar. E aceitei esse desafio de começar a fazer um programa que se adaptasse às nossas realidades.

Gostaria, antes de terminar, de dizer e de contar algumas coisas que me parecem importantes. Não é fácil falarmos de humanização. Humanização não tem a ver só com as grandes estruturas dos nossos edifícios, com as nossas tecnologias. Eu tive o trabalho de fazer uma

investigação em 119 unidades hospitalares consideradas, portanto, de luxo – tipo hotéis de cinco estrelas – por incrível que pareça, aquilo que efetivamente os utentes diziam é que estavam muito satisfeitos. Mas para eles aquilo não lhes dizia nada. Faltava-lhes o calor humano. No colher, no tocar. Essencialmente no tocar. Nós não podemos nos esquecer de que, quando falamos de humanização, estamos a falar de um indivíduo que está junto a nós e esse indivíduo não está sozinho. Tem uma família e essa família constitui a sociedade e essa sociedade é a nossa comunidade. Humanização não se faz sem realmente estar toda a gente envolvida.

Por isso, ainda há dias, fiz uma conferência onde disse que a humanização é um dever de cidadania. Todos nós temos de contribuir para a humanização. E, técnicos de saúde que somos, temos uma responsabilidade acrescida, porque, além dos conhecimentos técnicos e científicos que temos, não podemos nos esquecer do afeto, da solidariedade, de ver o outro como nós somos. Humanizar é muito mais do que isso.

Gostaria, antes de terminar, de dizer algumas palavras dirigidas ao senhor doutor Gustavo Oliveira, com quem tive o privilégio de trabalhar durante a sua estadia em Angola. Englobada na tríade Brasil, Japão e Angola, tivemos algumas oportunidades de trabalhar e tive o privilégio também de, algumas das vezes, mostrar aquilo que ativamente em Angola já tem sido feito. Na sua pessoa eu fiquei extremamente interessada, e daí o convite que fiz.

Quero mais uma vez agradecer e dizer que, efetivamente, com tão bom professor, eu vou, com certeza, levar para o meu país mais uma valia. Eu vou dizer o seguinte: para mim e para todos, penso que será um dia de reflexão, porque, se há muita coisa que foi feita de positivo, ainda temos muita coisa para fazer. A arte de cuidar é uma arte que não se aprende nos livros. É uma arte em que temos todos de sair daquilo que efetivamente somos. Somos humanos e como tais, eu digo, gostaria muito de ser tratada de uma forma como trato o outro. Muito obrigada! Daqui por 10 anos. Eu posso estar aqui e dizer: finalmente consegui implementar o Programa Nacional de Humanização, é uma realidade, com a ajuda do Brasil. Muito obrigada, doutor Gustavo! (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Neste momento fará uso da palavra o coordenador da Área de Serviços de Saúde Baseados nos Cidadãos, neste ato representando a Organização Pan-Americana da Saúde, senhor Julio Manuel Suaréz.

Julio Manuel Suaréz (representante da Organização Pan-Americana da Saúde) – Bom dia a todos! Bem-vindos à casa da Opas. Esta é a sua casa. Então eu acho que sobram outros comentários.

Eu quero saudar a Mesa, especialmente ao meu querido Dário Pasche, que há anos não conversava com ele, e à senhora Fernanda. Bem-vinda, senhora Fernanda. Eu gostei muito do comentário que você fez do interesse que tem Angola. E parabenizar, de início, ao Gustavo. Gustavo, eu acho que você está de parabéns mesmo, pelo comentário da senhora Fernanda e pela reação da sala.

A Opas é parceira dessa Política de Humanização desde que ela nasceu, em 2003. Eu estava aqui e me lembro perfeitamente de quando começaram a Política de Humanização do SUS. E efetivamente a humanização do SUS é um dos assuntos mais importantes – é um assunto cardinal – para que o nosso SUS. Para que o cuidado seja humano, tanto para quem recebe, como para quem brinda. A humanização é um assunto de todos. Os sistemas de saúde são sistemas de seres humanos, portanto, a parte do trabalhador, como falou Jurandi, é fundamental.

A Opas e a OMS estão envolvidas, neste momento, em consolidar a universalidade em nosso sistema de saúde da América Latina e da região. Agora, é uma universalidade e não é qualquer universalidade. É universalidade que tem de ser com equidade e tem de ser solidária. Esses atributos da universalidade definem muito bem que não é qualquer coisa que pode ser denominada universal. Nós não temos garantido a saúde se só temos garantido o acesso. Esse acesso tem de ser um acesso humanizado. Tem de ser um acesso qualificado com essa condição. E com os desafios que temos – Jurandi também falava – demográficos, tecnológicos, às vezes a gente pensa que o serviço de saúde é um serviço de aparelhos. E os aparelhos são só uma coisa que ajuda a que os prestadores de serviço de saúde possam fazer melhor o seu trabalho.

Eu queria então finalizar parabenizando a ideia do Seminário. Um momento de reflexão, de conversação, de aprofundamento de uma ideia como essa, a partir de avaliação de trabalhos são fundamentais. É uma parada para refletir como que a gente vai seguir para a frente e aprimorar, ainda mais, o processo de humanização. Parabéns a todos vocês. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Convidamos agora o diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e representante da Secretaria de Atenção à Saúde, Dário Frederico Pasche, para a fala de encerramento desta cerimônia de abertura.

Dário Frederico Pasche (diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) – Bom dia a todos! Bom dia a todas! Queria cumprimentá-los e cumprimentá-las em nome do secretário Helvécio Miranda, que estará à tarde conosco. O Helvécio está em Minas hoje recebendo uma comenda, um justo reconhecimento ao seu trabalho de atuação como gestor na saúde, não só agora no âmbito do

Ministério, mas reconhecendo sua trajetória nesse campo. E eu queria muito carinhosamente cumprimentar Julio Suárez, grande amigo, grande parceiro.

O Julio, quando veio ao Brasil nos idos de 2003, entrava na gestão da Opas enquanto entrávamos eu e outros companheiros aqui na gestão do SUS. Julio aprendendo esse SUS e nós buscando a concessão de políticas para reconstruir o SUS num novo marco. E dizer que é um grande prazer, Julio, recebê-lo aqui. Você é nosso anfitrião e eu, como vou ser anfitrião de todos aqui, dizer que é uma honra ter você conosco. Tivemos uma ótima parceria: efetivamente Ministério e Opas ali tratando-se como parceiros, num processo muito irmanado de cooperação técnica e profícua em prol do SUS.

Eu queria cumprimentar a Fernanda Baptista Cardoso, aqui representando o Ministro de Angola. A Política de Humanização é uma política de solidariedade, uma política solidária. O Gustavo esteve recentemente em Angola numa missão muito importante. Nós já estivemos em Moçambique e tenho certeza de que nós vamos e temos todo o interesse em aprofundar esta relação, ajudar a transformar a realidade da saúde em Angola e aprender muito com isso.

Querida cumprimentar a Maria Filomena aqui do Pnud. O Pnud acolheu como um projeto estratégico seu o BRA 045, que é o projeto de humanização, um programa de humanização, e que encerrou recentemente. Acho que foi em outubro ou junho, mas nós assinamos recentemente um documento que encerra formalmente uma parceria de mais de meia década muito importante, porque propiciou que nós pudéssemos, por meio desse projeto, produzir um conjunto de saberes, de práticas e um estoque de conhecimentos e de experiências, como você bem destacou, que são absolutamente um acervo imprescindível hoje, não só para a continuidade da política de humanização, mas afirmativas do SUS. Querida cumprimentar o Jurandi, querido amigo, parceiro, militante no Conass, e que tem sido um interlocutor muito importante de políticas afirmativas. Reconhecer em meu nome, do pessoal e também do Helvécio, Jurandi, o papel que você tem de propiciar o diálogo e permitir com que nós façamos pactuações, que não são fáceis. São difíceis, são complexas, mas nós temos uma profunda irmandade ético-política que tem nos permitido avançar no SUS.

Cumprimentar a Denise, do Conasems. Agradecer as suas palavras, Denise. Você foi muito precisa na exposição e no reconhecimento de que efetivamente os municípios têm incorporado a humanização como um desafio de qualificação das práticas de atenção e de gestão. É um reconhecimento desses 10 anos muito importante. E dizer que, obviamente, sem os municípios não há política, porque efetivamente é lá que elas acontecem.

Doutor Geraldo, do Conselho Nacional de Saúde, grande parceiro que tem estado conosco em várias jornadas, como na Agenda da Saúde do Idoso. Agradecer as suas palavras e o seu trabalho no Conselho Municipal de Saúde.

Por fim, cumprimentar meu querido amigo, coordenador da Política de Humanização, o Gustavo, que tem feito um trabalho primoroso e que propiciou a realização desse Seminário de 10 anos da Humanização, que é absolutamente importante. Nós tínhamos até – vou compartilhar aqui com todos, Gustavo – o desejo de fazer algo mais extensivo, como tivemos a oportunidade de fazer um segundo seminário, fazer um terceiro, mas que, por uma série de razões, nós fizemos esses seminários, e estamos fazendo hoje este Seminário. Ativamos, de uma forma bastante capilar, a Rede SUS motivando os companheiros, as companheiras, que estão nos mais diversos lugares de trabalho, a apresentarem as suas propostas, apresentarem o seu trabalho, refletindo então aquilo, no entendimento delas, o que foi a humanização, o que tem sido a humanização no seu espaço de trabalho. E é com muita alegria que a gente recebeu quase 300 vídeos que demonstram a capilaridade, a pluralidade e a extensibilidade da Política de Humanização hoje no SUS, demonstrando que ela é efetivamente uma realidade.

E, eu queria cumprimentar também todos vocês, pessoalmente, os consultores, os construtores, aqueles que estão, que passaram pela Política de Humanização. Estou vendo aqui grandes amigos, grandes companheiros que estiveram há muito tempo. Obrigado pela presença de vocês. E eu queria cumprimentar alguns que eu estou vendo aqui: o doutor Roberto Bittencourt, o subsecretário de Saúde aqui do GDF, o professor Nélio, doutor Nélio, do Nupad, grande companheiro, parceiro lá da Universidade Federal de Minas Gerais. O doutor Paulo Carvalho, diretor da Enap – Escola Nacional de Administração Pública. É um prazer e uma honra tê-lo aqui, Paulo. professora Roseni Pinheiro, que acaba de chegar. Parceira lá do Lappis, da UERJ. Obrigado por terem vindo. Em nome deles, cumprimentar a todos vocês que representam aqui segmentos de gestores, academias, produtores de saúde, trabalhadores etc.

A Política de Humanização, quando criada, de 2003 para 2004, sempre teve uma interrogação vinda a ela, como você falava. Afinal de contas, humanizar o quê, se são humanos que cuidam de humanos? Aliás, num momento muito sensível da vida, no momento em que a gente enfrenta os agravos, o adoecimento. Ou mesmo em momentos outros como parto e nascimento, por exemplo. O que significaria humanizar isso quando os humanos se destinam a cuidar de si próprios? Essa pergunta é uma pergunta que nesses 10 anos nós estamos respondendo. E respondendo acho que de um jeito muito provocativo, porque nós dizíamos e dizemos, estamos dizendo, as experiências têm falado isso, que talvez a pergunta mais importante do que humanizar é ‘como humanizar’. É como

transformar esse conjunto de princípios, de diretrizes, de entendimentos, em práticas cotidianas de cuidado. E aí, um grande ensinamento, um desafio que a Política trouxe é: não se humaniza o cuidado ou teremos grandes dificuldades de efetivamente humanizar o cuidado, aproximando pessoas, irmanando pessoas, num processo solidário de cuidar, sem refletir e sem alterar processos de gestão do trabalho. É por isso que a Política de Humanização não produz nenhuma dissintonia. Aliás, produz uma aliança entre o cuidar e o gerir o trabalho, porque as formas de organizar o trabalho, as formas de conceber o trabalho são determinantes para a produção de um cuidado humanizado. E aí se cria uma política que, portanto, não se fará.

É isso que a senhora fala da experiência de Angola. A senhora falou aqui umas quatro vezes a palavra: é difícil, é difícil, é difícil, porque humanização não acontece por fora do trabalho. Ela haverá de acontecer nas nossas instituições, nos nossos serviços de saúde, refletindo sobre como organizamos e como concebemos o trabalho em saúde. E, portanto, qualquer atividade externa, algo, dispositivos que aconteçam fora disso, fora da organização do trabalho possivelmente terá uma baixa eficácia de efetivamente produzir uma relação humanizada no cuidado. Portanto, sem valorizar, sem incluir o trabalhador, nós não haveremos de humanizar o cuidado para aqueles utentes, para aqueles cidadãos que nós cuidamos.

Acho que esses 10 anos, que nós vamos fazer reflexões hoje, são muito importantes para o SUS. Questionamentos permanecem. Nós temos um conjunto, um acervo precioso de materiais e de experiências. A humanização está capilarizada conceitualmente como prática em todo o sistema público de saúde – não tenho dúvida nenhuma. Mas é necessário que avancemos. Olhar o que conseguimos nesses 10 anos e projetar a próxima década, certamente é o desafio que está colocado aqui para nós. E dizer que, do ponto de vista do Ministério da Saúde, estamos com o mesmo afínco, com a mesma propositura lá de 2003, e talvez mais encarregados, haja vista que construímos a humanização como um patrimônio do SUS e um patrimônio que dá sentido ao cuidado e dá sentido ao trabalhar em saúde.

Com essas palavras eu quero mais uma vez agradecer a presença e dar as boas-vindas e decretar que estão abertos aqui os trabalhos do Seminário 10 Anos de Política de Humanização. Obrigado! (Palmas)

Fotografia 3 – Integrantes da Mesa de Abertura



Fonte: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Encerrada esta cerimônia de abertura, convidamos o diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, doutor Dário Frederico Pasche, e o coordenador da Política Nacional de Humanização, Gustavo Nunes de Oliveira, a permanecerem na Mesa. As demais autoridades, convidamos a posicionarem-se no local reservado no auditório. Em instantes daremos continuidade aos trabalhos do Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização.

Senhoras e senhores, para dar início à 'Ágora dos 10 anos: a Gestão da PNH e seu Projeto Ético-Estético-Político na Máquina do Estado', convidamos para compor a mesa de debate o atual gestor da PNH, Gustavo Nunes de Oliveira – que já se encontra aqui –, e seus gestores: Dário Pasche, que também já se encontra, e Maria do Carmo Cabral Carpintéro, apoiadora institucional do Departamento de Articulação Interfederativa. (Palmas)

Informamos que o secretário-executivo substituto, Adail Rollo, não pôde estar presente, mas mandou uma mensagem. Presentes no encontro de 10 anos da PNH. “Seria uma alegria poder estar com vocês compartilhando reflexões e aprendizados de nossa trajetória e apontando reformulações e formulação de novos desafios para o nosso propósito de uma vida digna para todos e para qualquer um. Infelizmente um forte chamamento familiar neste período tirou-me de Brasília”.

Quero compartilhar com vocês três questões que julgo muito relevantes: primeiro, o potencial referencial teórico e metodológico, os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, coletivamente construídos, são um grande legado e uma estupenda contribuição para o processo de produção da saúde. Ele deve ser sempre proclamado e criativamente disseminado.

Segundo, a implementação da PNH nos últimos 10 anos propiciou um acúmulo empírico que nos permite analisá-lo com a pertinente profundidade nos coletivos e grupos que participamos e tiramos o aprendizado necessário para reafirmar, fortalecer e renovar nossas práticas na implementação da política.

E terceiro: nossa implicação técnico-política nos processos de produção de saúde visando à efetivação do SUS como política pública deve ser radicalizada, tanto como apoiadores de coletivos, como militantes ou dirigentes nos vários espaços de atuação e de trabalho. Um grande abraço a todos e todas e um bom encontro’. Adail Rollo. (Palmas)

Ouiremos agora Maria do Carmo Cabral Carpintéro, apoiadora institucional do Departamento de Articulação Interfederativa.

Maria do Carmo Cabral Carpintéro (apoiadora institucional do Departamento de Articulação Interfederativa) – Bom dia a todas e todos! Bom dia! É um prazer imenso estar aqui com vocês, ter sido convidada para poder participar desse momento, mesmo com a minha passagem pela PNH ter sido tão meteórica. De vez em quando eu penso que realmente foi bastante curto – passei cinco meses aqui –, mas tenho certeza de muita intensidade para mim e espero que tenha sido para aqueles e aquelas com quem eu pude conviver nesses apenas cinco meses.

Eu fiquei pensando ao ouvir as diversas falas, ao lembrar desse tempo, e não só desses cinco meses, mas de 10 anos da PNH, como foi estar e o que eu vejo como desafios para frente. Eu chego à PNH depois de 10 anos de gestora municipal e trazia uma sensação principalmente do Estado de São Paulo de que havia uma necessidade, havia um buraco, uma coisa ainda não totalmente capilarizada. Uma preocupação de que os 645 municípios de São Paulo não conheciam a PNH. E essa

impressão me fazia achar que isso deveria estar acontecendo para os 5 mil e tantos municípios do Brasil e que a gente tinha que encontrar essa forma de chegar. Mais do que nos 5 mil municípios, nos milhares de serviços, como seria chegar em cada unidade, em cada policlínica, em cada hospital, em cada lugar. E quando eu chego a Brasília, aliado à necessidade de conhecer a PNH em todas as regiões, tinha isso muito forte de como estava acontecendo nas regiões, como estava acontecendo nos estados. Será que essa sensação que eu trazia de que não estava chegando a cada município era real ou era só uma impressão do lugar onde eu estava?

Nesse curto espaço de tempo, eu consegui ir a todas as regiões, conhecer o trabalho dos consultores e das consultoras da PNH. E claro que foi uma surpresa muito boa, foi muito interessante ver o quanto estava capilarizado. Mas também se confirmou aquela impressão de que ainda faltava muito. Estava bastante capilarizado, mas ainda tinha muito por fazer. E fico pensando, depois dessa minha passagem, que eu vou ser apoiadora institucional numa região no Estado de São Paulo, inicialmente no QualiSUS, na região do ABC, onde eu fiquei dois anos e agora estou como apoiadora da Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. Então, para mim fica muito claro, ao estar nos 10 anos da PNH, de que não é o consultor da PNH, não é o apoiador da CEGEP. Todos esses apoiadores eu acho que o Ministério certamente está fazendo esse trabalho de cada vez mais disseminar, capilarizar, ter seus apoiadores em todas as regiões, nas 435 regiões do Brasil, em todas as regiões de saúde, em todos os seus estados. Mas que essa tarefa precisa cada vez mais contar com os municípios, cada vez mais contar, como já foi dito aqui, com os trabalhadores, com as trabalhadoras. E eu penso que o grande desafio, não só da PNH, mas de todo o trabalho da Rede Cegonha, da Rede de Urgência, da Rede de Atenção Psicossocial, de todas as redes no Brasil.

Esse trabalho o Ministério aponta no sentido de ter o apoiador no território, mas que nós precisamos cada vez mais encontrar uma estratégia de fazer com os municípios, com os apoiadores ou trabalhadores, que nome tenham nos estados e nos municípios. Para isso, a importância do trabalho com o Conass, que estava aqui na Mesa, com o Conasems, na figura da Denise, cada vez mais. E a gente precisa encontrar fórmulas, formas, dispositivos, maneiras de trabalhar com os municípios.

Eu tenho certeza de que a PNH está bastante disseminada, mas eu tenho também a impressão de que não tanto quanto gostaríamos que chegasse a cada serviço, a cada local onde as pessoas são atendidas, a cada um desses espaços. E que a forma, cada vez mais, o que a gente chama de apoio integrado, eu tenho certeza de que cada vez mais é esse trabalho integrado. E o como fazer é um grande desafio para a PNH, para as redes, para o Ministério. Como a Denise bem lembrou, são entes

autônomos. O SUS é um sistema único num Brasil com tanta autonomia de cada município. Nós estamos trabalhando na composição de uma comissão estadual e na capacitação do programa 'Mais Médicos', que é o grande desafio nesse momento e os nossos cooperados cubanos, os nossos médicos intercambistas, os nossos médicos brasileiros, que se formaram em outros países, eles sempre nos questionam. Mas qual é a regra? Qual é a diretriz? Como funciona? E a gente diz: cada um dos 5 mil e não sei quantos municípios têm uma forma de fazer. Não existe uma regra única, não existe uma única maneira e não existe um ministério, por mais que muitas vezes a gente fale do furor normativo, agora do furor do apoio, por mais que o Ministério coloque apoiadores, a autonomia, a capacidade do município fazer.

E aí vamos mais além. A capacidade de cada espaço, de cada unidade básica fazer da sua maneira é impressionante. E nós não podemos esquecer de que todas essas pessoas têm um saber, têm um desejo, têm muito para ofertar para esse SUS. Então eu diria que o grande desafio dos 10 anos da PNH é fazer muito, muito mais, mas sim não deixar de querer chegar a todos os 5 mil – eu perdi o número, queria ter anotado –, mas 5 mil e não sei quantos municípios, 5.570 municípios. Eu sei em São Paulo: são 645. Mas eu acho que cada vez mais esse desafio de trabalharmos com o consultor, com o apoiador, com o articulador, com todos aqueles nos diversos nomes e formas, mas fazer com que realmente os dispositivos, a forma de fazer, mas cada vez mais incorporando a forma de fazer de cada um, de cada uma trabalhadora daquelas unidades desses 5.570 municípios do Brasil. Acho que era isso. Obrigada por poder estar aqui com vocês. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora o ex-gestor Dário Pasche, diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Dário Pasche (diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas) – Eu queria cumprimentar vocês mais uma vez, cumprimentar a Carminha, o Gustavo, cumprimentar o Adail, que não pôde estar conosco – Adail recebeu um forte chamamento pessoal em Campinas. Cumprimentar a Regina Benevides, que talvez esteja nos ouvindo em Washington.

Eu queria obviamente refletir muito rapidamente com vocês aqui sobre o que significou para mim, o legado que deixou em mim a Política de Humanização no período em que eu fui convocado a ser coordenador Nacional da Política e eu fui por um período de quatro anos – não me lembro direito aqui as datas, mas foi de 2007, possivelmente, a final de 2010. Portanto, em toda a gestão do Ministro José Gomes Temporão.

A PHN nasce como política num período muito importante da institucionalidade do SUS, que é quando Lula assume a Presidência da República e com todo o clamor do que representava à época o Projeto Democrático Popular e representado na figura política de Lula, sem dúvida nenhuma um grande gestor deste país e que produziu políticas públicas que foram fundamentais para a transformação do Brasil num país mais civilizado e, portanto, mais capaz de ser produtor de uma sociedade mais justa e menos desigual. Obviamente que quando se monta o Ministério da Saúde, à época, se monta com tudo aquilo que durante décadas foi sendo experimentado de gestão pública, tanto na rede estadual, como na rede municipal de saúde. E como parece ali na gestão do Ministro Humberto, um conjunto de companheiros que assumem secretarias no Ministério da Saúde e que vêm com toda a fome e a vontade de fazer o SUS acontecer, que até então vinha aos trancos e barrancos, quer inicialmente pela gestão do Presidente Collor, que atentou durante todo o seu período – graças a Deus muito rápido, mas grandes estragos produziu em políticas públicas. No SUS produziu sequelas profundas, entre as quais o veto de um conjunto de preceitos constitucionais, que viraram leis orgânicas na sequência, como a 8.142, porque simplesmente a participação popular na saúde e a transferência de recursos diretos fundo a fundo foram vetados pelo Presidente.

Então o SUS nasce com essa carga muito negativa. E na sequência do Governo Fernando Henrique, em que pese que podemos ter momentos muito distintos na institucionalidade, não é disso que estamos tratando aqui agora, mas uma inflexão proposta à política pública, que foi sempre transformar a política pública numa política menor e muito aliada à uma agenda. Aliás, com esse nome – uma agenda da saúde –, bancada por organismos como o Banco Mundial, que à época diziam que o legado da universalidade e, portanto, da equidade e da integralidade para toda a população brasileira e do planeta, era absolutamente impossível de ser pensada na lógica do estado contemporâneo e que, portanto, as políticas públicas têm que ter um caráter residual resolvidas no mercado e o Estado cuidar daqueles que não conseguem se inserir no mercado. Ou seja, transformando a política pública num caráter residual.

A entrada do governo Lula, esse campo chamado democrático e popular, dá uma outra tônica, produz inclusive um outro tônus para a política pública, uma outra vibração. Na área da Saúde, na gestão do Ministério da Saúde, isso repercute internamente de uma forma muito intensa. E a Política de Humanização é formada, brota desse caldo, brota dessa perspectiva de esperança e dessa necessidade de mudança. E vem para o Ministério da Saúde, com o Humberto, o Solla, a Maria Luísa, o Sérgio Arouca, e vem para a Secretaria-Executiva Gastão Wagner de Souza Campos, ex-secretário de Saúde de Campinas por duas vezes e professor da Unicamp. E, lá na Unicamp, acontece um encontro que é decisivo para a Política Nacional de Humanização, que é o encontro de Gastão com Regina Benevides.

Esse encontro une não apenas duas figuras, Gastão e Regina, mas é um encontro de dois grandes campos do pensamento e companheiros – Gastão e Regina – que articulam em torno de si, não pessoalmente. Gastão por seus alunos, por seu reconhecimento da inovação implantada na gestão; Regina pelo seu movimento no campo da saúde mental e que traz um conjunto de discussões que são importantes e que fundam a humanização. Esse encontro – Gastão, área da gestão; Regina, campo da subjetividade – é absolutamente potencial e é trazido para o Ministério da Saúde quando Gastão convida Regina para apoiá-lo na gestão da Secretaria-Executiva. De imediato, e eu venho a esse grupo, Gastão convida um conjunto de companheiros que tiveram a oportunidade naquela época de dizer ‘sim, estamos contigo’. Nós fomos, vários companheiros foram com o Gastão para a Secretaria-Executiva. E uma das questões que estavam colocadas lá, e eu me lembro de uma expressão que Gastão usa ao telefone quando nos convida, que diz o seguinte: ‘Há um vazio de ideias, há um vazio de proposições, sem o qual, se a gente não conseguir preencher isso, não há possibilidade de fazer a transformação do SUS, colocada na esperança do governo Lula pelo povo brasileiro’.

Portanto, nós temos que fazer algo que é diferente daquilo que tem sido feito. Não é apenas uma questão incremental. É necessário produzir inovação. Entre os ‘n’ pontos em que isso acontece na educação permanente, que fundamos lá com Maria Luísa, no Conselho de Educação Permanente, Sérgio Arouca refunda a discussão do Conselho Nacional e da participação cidadã em saúde e o tema da ciência e da tecnologia. O conjunto de temas que aparecem – aparece na Secretaria-Executiva o tema da humanização –, porque existia um programa que era um programa de humanização no campo hospitalar chamado Pimac, que foi uma protoatividade, um projeto inicial que trouxe o tema da humanização para o campo da Saúde. Lá teve uma forma de gestão já muito documentada, discutida, apresentada, teorizada etc. E nessa ideia de fazer novo, toma-se esse tema – porque esse tema estava já no SUS. Não fomos nós que trouxemos ao SUS. Ele estava no SUS. Mas havia a necessidade de pegar esse tema e recolocá-lo, porque se viu no tema da humanização a potência da transformação das práticas do cuidado e das práticas de gestão. Mas precisava de uma pitada de Gastão e de Regina para produzir um novo ali. E esse novo foi a Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização, nós já trabalhávamos, nos encontrávamos antes de vir ao Ministério por ‘n’ encontros que a vida produziu, nunca o tema da humanização apareceu como esse tema. Ele aparece quando Eliane Ribas vai ao encontro de Regina e de Gastão, no final de 2002, e os convida para entrar nesse Programa de Humanização da Assistência Hospitalar. Então, há uma aproximação ali com esse tema. Mas no Ministério da Saúde, no nosso chamado projeto, nunca pensamos

em trabalhar com o tema da humanização. Mas o tema da humanização foi se apresentando naquele primeiro ano, como um componente que foi tomado, então, como um componente da introdução das inovações no campo da gestão, que seria uma marca de Gastão na gestão do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria-Executiva. Quando Regina e Gastão, todos nós, começamos a nos deparar com esse tema, havia ali uma espécie de sinais eliminativos de que esse tema poderia ser um tema inovador – era algo que faltava e que, portanto, deveria ser incluído ao SUS –, mas que deveria ser uma política e não um programa e que deveria ter aquilo que Adail ressalta nos seus três pontos, no primeiro deles, que é: não existe política nova sem que ela introduza novos conceitos e novos modos de fazer. E também que não incluía novos recursos. Não existe política inovadora que não inove teórica e metodologicamente, e não existe política inovadora sem recursos.

Portanto, assim é colocado o desafio. E acho que esse desafio é o maior legado e o maior patrimônio da Política de Humanização na institucionalidade do SUS. O tema da humanização teve de ser desbanalizado, porque a humanização, quando aprontada como um programa, e que não toma o tema da humanização como objeto de reflexão, acaba caindo, acaba escorregando por uma certa tradição leiga, da nossa tradição judaica-cristã, que é o de associar a humanização como algo quase da piedade, portando acionador da fraqueza, da dificuldade. Quando a gente é piedoso com alguém é quando a gente vê que naquele alguém quase nada mais sobra, a não ser a nossa piedade. E a ideia da humanização associada a gênero, a uma prática feminina, a algumas profissões – à enfermagem, à psicologia, também profissões que têm um traço de gênero feminino muito importante –, um programa afastado dos processos de gestão e muito ligado à ideia da boa educação, do bom tratamento e até da boa acolhida.

Portanto, a humanização precisava lidar conceitualmente e nós tivemos o cuidado, e os companheiros – Gastão de um lado, mais Regina, Edu Passos, muitos de vocês que estão aqui: Ana Heckert, Cláudia Bez, estou falando daqueles que não estão aqui, e todos vocês, começaram uma grande produção teórica e que não era um teoricismo, não era um academicismo. Mas como é que se resolve o tema da humanização que, se por um lado nós temos muita clareza – a humanização do SUS não é isso, não se trata de uma prática periférica no meio da gestão, não se trata de uma política vinculada a alguma profissão, nem uma questão de gênero. Trata-se de uma política transversal ao SUS. E como é que a gente resolve isso? Vai-se criando um conjunto de produções teóricas e metodológicas que são fundamentais e que nós jamais devemos esquecer-las e devemos revisitá-los, criticá-los e não devemos esquecer.

Edu e Regina produzem um texto que discute a PNH como política pública e retomam um tema que Edu vai chamar 'Do movimento

instituinte do SUS', de manter a flama instituinte do SUS. E dizem lá que a política pública tem uma tríplice dimensão: de um lado ela é uma política do estado – está registrada na Constituição de que a humanização aparece sem ter dito o nome, mas que na 11ª Conferência Nacional de Saúde, na primeira gestão do Lula, coordenada por Sérgio Arouca, ele fala que a grande necessidade, a grande tarefa que nós temos é humanizar o SUS. Então, ela comparece como política de estado.

A humanização também comparece como política de governo. As equipes do Ministério, das secretarias estaduais e municipais começam a falar de humanização, mas resgatam uma terceira dimensão da política pública, que é a dimensão pública da política pública. E que ela não se resolve nem na estabilidade da inscrição do estado, do estamento do estado, que também não se resolve, não se basta por uma preferência das gestões, das equipes de governo que trazem isso, porque as equipes de governo são transitórias. Ela se resolve com uma presença e uma maior participação e maior ativamento daquilo que é chamado a força do público e que nós temos, de certa forma, falado na força do coletivo. Ou seja, a humanização como política pública expressa-se no estado, expressa-se nas equipes de governo. Mas como diz Carminha, ela tem que se expressar na dimensão pública e dimensão pública é do domínio da cidade, é da pólis, é de cada um dos cidadãos, de cada uma das comunidades.

Por isso que a humanização tem de ser um movimento da sociedade, talvez encorajado por nós desde o campo da saúde, mas um espaço que vai para além da saúde, para toda a sociedade, porque a discussão da saúde – queira a discussão da saúde como direito, queira a discussão da saúde como biopolítica, queira a saúde como o regime da produção da vida –, não pode ser sequestrada pelo campo da saúde pelo risco da medicalização e transformação dos nossos conceitos em biopolítica, portanto em dominação sobre as pessoas por meio dos nossos conceitos técnicos e tecnológicos. Acho que essa é uma preocupação, esse é um tema, que nós não podemos abandonar, a humanização. A humanização não se resolve por portaria, não se resolve por movimentos institucionais. Ela se resolve por uma maior aderência desses conceitos e de suas reflexões em cada um dos espaços cotidianos, dos serviços de saúde e da sociedade como um todo.

Nós vamos tomar esse conceito apresentado por eles num arcabouço – e eu não vou falar muito mais do que isso – que talvez seja a política pública do SUS mais, me perdoem a expressão, mais arredondada. A Política de Humanização parte de uma reflexão e apresenta um arcabouço que dá uma certa redondeza metodológica para a política e talvez pouco percebida. Quando se lança esse Seminário, o primeiro seminário que Regina e Gastão fazem, deve ser lá pelos idos de 2004 – o primeiro Seminário Nacional de Humanização – você se lembra,

Paulo? Era 2004? Novembro de 2003 ainda: 10 dias que fez 10 anos. Isso. Enfim, desse período aí, essa linha do tempo está por aí. Está por aí. Mas dizer que nesse primeiro seminário de humanização, muito mais do que dizer que o Ministério apresenta uma política, o Ministério apresenta um conceito, apresenta sim uma política, mas uma política como obra inacabada. Uma política que precisa ser dialogada e que tem um caráter de perfectibilidade. Ela tem um caráter e uma natureza de ir se aperfeiçoando. E daí o seu caráter não normativo, o que não é muito, às vezes, aceito no SUS, porque as políticas têm um caráter normativo. Elas dizem o que é, como vai ser feito, cadê o recurso e quais vão ser as responsabilidades.

Nós, por exemplo, estamos trazendo uma ideia de que é necessário humanizar, mas queremos neste Seminário aprofundar o debate para estabelecer efetivamente o que é política. E o que se faz? A exemplo do que o Gustavo fez agora, um chamamento à inscrição de vídeos que retratem já a experimentação, Regina e a equipe na época fazem um primeiro prêmio chamado Davi Capistrano, uma grande homenagem a este grande homem que foi Davi Capistrano, que até hoje nos ilumina, apesar da sua ausência física aqui. E se inscreveram, num período de menos de 40 dias, quase 800 municípios dizendo: 'Aqui nós fizemos humanização', em que pese que não havia uma política de humanização no SUS. E quando se olha essas experiências, eu tive a grata e a difícil tarefa de participar do grupo àquela época de seleção das experiências – foram premiadas 16 experiências. Quando a gente olha aquelas experiências, fomos olhar aquelas experiências não apenas – diferentemente de agora que há política – fomos olhar para aquelas experiências dizendo: o que é que essas políticas dizem?

Essas experiências dizem para nós em termos de princípios, em termos de diretrizes e em termos de modo de fazer. O que é que o SUS, na sua experimentação, está falando para nós o que é humanização? Olhem que interessante. Não é uma política que foi tratada em gabinetes, formada lá, pactuada em tripartites e levada ao SUS. É uma política que sai de um grupo, que tem a responsabilidade ônus de propor, porque são gestores, mas num diálogo com aquilo que o SUS já tem respondido, como diz ele próprio, de humanização. E aí se descobre coisas muito interessantes. Muito interessantes.

Em primeiro lugar, são princípios. A política tem princípios. Tem princípios. Ela transversaliza, é uma política transversalizadora. Quais são os princípios da PNH mesmo? A indissociabilidade entre o cuidar e o gerir, e o terceiro? Transversalidade e o protagonismo dos sujeitos. Muito bem. Eu já quase havia me esquecido da cartilha. Ou seja, nós estamos dizendo que não se humaniza as práticas de saúde dissociando gestão da atenção. Não se dissocia. O protagonismo do sujeito significa que as pessoas produzem e nós temos que envolvê-las e fomentar que cada

um seja criador das experiências de humanização. Se isso é princípio, se perguntou: e diretrizes?

Aquele conjunto de diretrizes, em que pese a experiência já trazida pelos companheiros da humanização, se aprendeu com aquelas experiências. Em que pese alguns conceitos produzidos, inclusive, pelo Gastão, à época: clínica ampliada e outros conceitos que nós estávamos dizendo. O acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, o tema da ambiência. Mas o mais importante, que eu imputo à Política de Humanização, é que ela diz sim, temos que fomentar protagonismo, não podemos dissociar gestão de atenção, é necessário transversalizar, é necessário ter diretrizes que dão direção para o processo de humanização. A pergunta mais importante a ser feita é 'como que a gente humaniza'? E a humanização descobre e produz, num diálogo com essas experiências, um método, chamado Método da Tríplice Inclusão. Esse é o maior legado e o maior desafio e está aí, doutora Maria, a dificuldade da humanização na perspectiva da Filomena. Desculpa! Fernanda. Doutora Fernanda, desculpa. Quem me conhece sabe que esse é um problema. Eu troco nomes. A senhora fala da dificuldade, porque essa não é uma dificuldade.

A humanização na perspectiva brasileira não é uma tarefa do gestor, em que pese que a responsabilidade é do gestor. A dificuldade é que a Política de Humanização se produz com a força do coletivo e, portanto, é necessário incluir cada um, é necessário inclusão dos grupos e dos coletivos e nessa inclusão, que é uma inovação, a PNH vai falar de uma terceira inclusão, que talvez seja do ponto de vista da institucionalidade do SUS, a mais complexa. Nós fomos aprender lá com a Regina, o Edu e os companheiros dizendo que essa inclusão é que quando a gente inclui o outro, quando a gente inclui o usuário, a gente inclui o trabalhador, a gente inclui redes e movimentos sociais, porque trabalhador, usuário, redes e movimentos sociais não são iguais entre si e têm perspectivas diferentes entre si, inclusive conosco no ponto de vista da gestão. E esse encontro com o outro não é um encontro apenas da harmonia, um encontro da sintonia. É um encontro da produção conflitiva. É um encontro da produção do incômodo.

Quando a gente inclui o trabalhador na gestão, a perspectiva do trabalhador, nós, como trabalhadores da saúde, queremos basicamente três grandes coisas: ser bem remunerados, ter condições de trabalho e sermos reconhecidos pelo nosso trabalho por quem coordena o nosso trabalho e pela sociedade. Não sei se esses são os interesses imediatos do gestor, que tem dificuldade de pagar – em geral, poucos de nós ganham aquilo que acham que deveriam ganhar; o gestor pede para a gente trabalhar mais do que a gente deseja e muitas vezes é muito mais do que a gente tem condições de trabalhar. Portanto, vejam que esse encontro não é um encontro que se resolve na roda, botando as

diferenças. Haveremos de trabalhar na perspectiva da humanização, na gestão do conflito que se apresenta no encontro do outro que é diferente. Do ponto de vista da gestão, talvez seja esse o grande encontro: gestor com trabalhador. Nós com os usuários, redes e movimentos sociais, as conflitivas são de outras ordens, até porque esse tal usuário é plural, é múltiplo e é diverso. É caboclo, é moreno, é negro, é ribeirinho, é índio, é urbano, é branco, é favelado, é urbanizado, é rural. E em geral nós temos uma grande dificuldade de assumir essas diversidades da experimentação humana em cada uma das pessoas, em cada uma das populações.

E aí o tema da discriminação, do assédio moral, o tema da desvalorização, o tema do não acolhimento do sofrimento do outro que não é igual a mim, são temas que a humanização traz com muita força, se instituindo então como uma política ontológica, uma política que trabalha os sujeitos na sua diversidade. Vejam, quando estamos falando de humanização, estamos falando disso. Portanto, não é algo que se resolve. Eu acho que esse é um outro grande legado da Política de Humanização. Não é algo que se resolve fora da experiência do trabalho, fora da experiência do cotidiano. E nós haveremos, como humanização, de criar dispositivos, no nosso linguajar, arranjinhas de trabalho, formas de a gente organizar o trabalho que permita a experimentação do cuidado de uma forma mais diversa, e que permita – eu acho que esse é outro legado importante que vem desse arcabouço metodológico – com que os trabalhadores, porque a política de humanização é uma política para os trabalhadores da saúde – ela não é uma política apenas para os usuários, é para os trabalhadores da saúde, e uma política que diz sim.

É necessário que os trabalhadores falem sobre a experiência de ser trabalhador da Saúde nos seus locais de trabalho. Falar dessa experiência de ser trabalhador, e não é a fala apenas por falar, no ato da fala como uma espécie de terapia da fala, mas é falar do incômodo, falar da dificuldade, falar da tristeza, e falar da vontade, da potência, da criação – a gente ali faz com o trabalhador nesse ato de cuidar, porque muitas vezes a humanização também é forçada a fazer um certo romantismo: trabalhar em saúde é só bacana, é só bom, é só potência. E quando vem a impotência, o fracasso, quando vem o sentimento de derrota, da dificuldade, há uma tendência da gente de desvalorizar isso ou até de psicologizar. Você precisa cuidar disso que é um problema seu.

Então, a humanização traz essa complexidade que é o trabalho em saúde para botar na roda. Porque sem dissolver isso, sem falar disso, a gente acaba funcionando disso. Portanto, não é possível pensar a humanização do cuidado do outro se eu não tomo o trabalhador como alguém que tem de pensar e de resolver as suas questões do trabalho para que ele possa também ter uma ação mais solidária, mais amorosa, mais efetiva e mais responsável com o trabalhador. Eu acho que esses

dez anos de humanização nos trouxeram uma convicção de que esse arcabouço, em que pese o caráter perfectível, em que pese que a experimentação possa nos dizer outras coisas, eu acho que um legado desses dez anos é uma convicção de que esses princípios e esse modo de pensar e de fazer a política de humanização, eles se consolidaram. Consolidou-se esse modo e acho que é um patrimônio que deve ser refletido, deve ser criticado, mas nós não encontramos outro jeito de resolver isso como humanização nesses dez anos, e imagino que isso seja a grande estrutura, o grande patrimônio sobre o qual a gente pode evoluir ainda mais a Política de Humanização.

Para terminar, dizer que na minha gestão eu sou um homem de sorte. Eu tenho muita sorte. Tenho feito muitas reflexões. Eu fiz 50 anos e a gente começa a fazer reflexões. Eu tenho sido um sujeito de muita sorte. Eu tenho outros atributos também, mas eu quis dizer que eu tenho muita sorte. Sorte de encontrá-los. Sorte de ter feito encontros na vida que potencializaram a mim. E eu, como expressão de alguém que tem construído o SUS. E na gestão da PNH, ter tido a sorte de ter tido Regina como a primeira coordenadora da Política de Humanização, que teve um trabalho fantástico de estruturação desse modo de pensar. E trazer para a gestão da PNH coerência com aquilo que ela propunha para os outros e a sorte de ter ali toda a franquia de Gastão, do Ministério da Saúde para avançar, em que pese o mal-estar que a própria humanização trazia para a gestão do Ministério da Saúde.

O Paulo foi um dos coordenadores das barracas da Saúde. Barraqueiros. Eu virei barraqueiro: 'o barraqueiro do Ministério da Saúde', porque pela primeira vez os trabalhadores da Saúde do Ministério da Saúde estavam falando o que era trabalhar na Saúde, o que é bom, o que é mal, como a gente pode melhorar a gestão do Ministério da Saúde. As pessoas começam a olhar para nós: 'Vocês são autoritários, não ouvem ninguém, o povo daqui não conhece o SUS, nós queremos conhecer o SUS. A Política de Humanização trouxe certo mal-estar para dentro do próprio Ministério da Saúde, que teve de se rearranjar e de se haver com isso. Fomos criando dispositivos à época para dar conta disso. E tive a sorte também de ser coordenador da Política de Humanização na sequência do Adail. Adail é um grande gestor. Adail é um homem de coração grande, um grande clínico, um grande pensador. Adail é um homem de grande generosidade e um criador. Ele vem dessa matriz de Campinas. Adail e sua grande companheira, a Tereza. O Ministério passa por um momento. Nós saímos do Ministério no final de 2004 e voltamos à Coordenação de Política de Humanização como grupo, que foi originário do seu pensamento inicial, a convite do secretário da SAS, José Gomes Temporão, que experimentou a humanização como presidente do Inca e quando assumiu a SAS reconvoa aquele grupo, vai conversar com Regina, com Gastão, com Adail. 'Olha, eu quero continuar a avançar a humanização na SAS'. E ele reconvoa aquele grupo todo.

Nós todos voltamos meio assustados, porque a experiência inicial foi muito dura no Ministério da Saúde, e Adail, com todos nós lá, pensa um arranjo de gestão para a Política de Humanização que se diferencia de outras políticas do Ministério da Saúde. E que hoje é experimentado inclusive por outras políticas. Dizer o seguinte: o Ministério da Saúde, em sua macrotarefa de gestão, na sua tarefa de gestão do sistema público de saúde, recolhe-se muito à sua tarefa de normatizar, financiar e controlar. E a política de humanização começou a dizer: é necessário ajudar os municípios e estados a fazerem política, porque não se trata de formular, pactuar e depois cobrar que os municípios façam, porque não é fácil fazer isso. Nós fomos criando um arranjo de gestão com coordenações regionais, com pequenos coletivos ativadores de processo de trabalho em regiões, criando uma rede de corresponsabilização a tal ponto que qualquer consultor da Política de Humanização não é apenas um consultor. O que é muito. Esse apenas não quer dizer muito. É que o consultor da Política de Humanização se coloca também no papel de um gestor da Política de Humanização, de um gestor da Política de Humanização. Porque ele não está numa correia de transmissão para executar aquilo que nós decidimos aqui em Brasília, lá com o estado e com o município. Mas é num processo de pactuação, lá com o município e com o estado, entrar num processo, numa relação de coprodução de responsabilidade a qual nos assegura de que aquele processo vai ser muito diverso. E nós não estamos dizendo aqui que a ação do apoiador é uma ação apenas instrumental. Pactuou que tem que fazer aqui, vamos ver como é que a gente vai fazer isso aqui, lá embaixo.

Mas nesse processo de pactuação, entrar numa dinâmica de relação com as equipes, com os serviços, com os gestores estaduais e municipais, num processo de fazer junto uma ação complexa que é produzir mudanças na produção da Saúde nesses espaços de saúde. Eu acho que esse é um outro legado nesses dez anos, porque nós temos – e aí é uma disputa que é teórica e é prática também, de que apoio a PNH fala nesses dez anos? E nós temos dito que tem um caráter instrumental. Mas o caráter instrumental, entendendo aqui como caráter normativo, o caráter de entrar numa relação quase como uma espécie de cobrança para que as coisas sejam feitas, na PNH essa tarefa não se resolve assim. O traço normativo é o traço daquilo que coloca como espaço amostral da possibilidade da realização da ação, mas a ação do apoio é uma ação de lateralidade, é uma ação de solidariedade, é uma ação de corresponsabilidade pela produção de saúde. Eu acho que essa é uma questão que, nesses próximos dez anos, necessariamente nós vamos ter de avançar mais e mais.

E dizer, para finalizar, que quando eu assumi o DAPES, a convite do ministro Padilha, da secretária-executiva Márcia e do secretário Helvécio, a tarefa que me foi incumbida é 'leve a PNH para o DAPES, onde estão as políticas'. Nove grandes áreas – da saúde mental à pessoa

com deficiência, do idoso ao adolescente, nove grandes políticas. ‘Vá lá e experimente isso que vocês experimentaram como humanização na gestão do DAPES’. Portanto, façam com que os programas se dissolvam como programas e se apresentem como políticas transversais que articulem, conversem no território e construam mecanismos de gestão compartilhada, porque nós estamos produzindo saúde para um conjunto de pessoas e populações que não se resolve. Isso é saúde do homem, não é da mulher, isso é saúde da criança, não é do idoso, isso é saúde mental, não é saúde da deficiência. Eu acho que essa também é, nesse chamamento, um reconhecimento de que a Política Nacional de Humanização é uma política ativa de produção de transversalidade nos territórios e nos programas. Portanto é uma política de ativamento de conversas e de produção de projetos, de ações, de programas, de planejamentos, de planos, do que vocês quiserem, colocando as pessoas em contato, potencializando a ação e, óbvio, que a Política de Humanização, se ela traz isso como método, incluir e transversalizar, trazendo tudo aquilo que a humanização tem como legado no SUS, que é isso tudo que vocês falaram aqui na Mesa, que é o de trazer um conjunto de atributos e de valores sem os quais o SUS perde sentido, não ganha legitimidade, e não cumpre a sua missão, que é de produzir vida boa para quem trabalha e produzir vida boa para quem é cuidado no SUS.

Queria agradecer muito ao Gustavo, parabenizá-lo na sua gestão e parabenizar pelo Seminário que está sendo realizado. Obrigado. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora o atual gestor da PNH, Gustavo Nunes de Oliveira.

Gustavo Nunes de Oliveira (coordenador da Política Nacional de Humanização) – Olha o tamanho da resposta! Muito bem. Vamos nessa. Acho que a Carminha e o Adail colocando os pontos, e o Dário agora, trazem um contexto que é bastante interessante para eu poder trabalhar um pouco mais esse período mais recente da política, porque eu acho que a gente está num momento crucial dessa história, da discussão da pauta da humanização, do movimento de humanização e da Política de Humanização no SUS.

Eu acho que a gente tem uma construção. A política confunde-se na sua institucionalidade com o próprio processo de construção. Essa ideia da política inacabada, que está em permanente exercício de construção, buscando coerência com seus princípios e diretrizes, que uma vez afirmados, ao mesmo tempo em que a gente vai procurando aperfeiçoá-los e aprofundá-los, a gente os deve ao SUS. Então, uma vez afirmados os princípios, diretrizes e dispositivos, a PNH também passa a ser pautada por esses princípios e a ter responsabilidade de ter coerência

com eles, em todas as suas construções. Eu acho que todo o processo que o Dário coloca aqui fala de uma construção de institucionalidade. A PNH é uma política institucional. No entanto, essa institucionalidade é constituída de maneira diferente e eu acho que isso traz possibilidades, potências e também problemas, que a gente vem enfrentando desde a criação da Política de Humanização.

O Dário colocou aqui – a política foi criada, depois o grupo que criou sai, depois volta, nasce no gabinete da Secretaria-Executiva, depois vai para a SAS. Aí, na mudança de governo, agora vai para o DAPES, em 2013, e agora volta para o gabinete da SAS. Então, a gente passa momentos de construção, de ativação e de agudização dessa construção de institucionalidade da Política de Humanização, e isso é o próprio esforço – eu gosto muito do Espinosa – é o esforço da política em existir. E para mim, esse esforço tem a ver com o esforço do SUS em existir. Os princípios e diretrizes da política confundem-se com os princípios e diretrizes do SUS. Só que eles têm uma forma mais concreta, mais próxima da possibilidade de construção de um cotidiano com dimensão pública das políticas públicas, para não dizer humanizado. Eu acho que a humanização é um exercício, uma construção, um aperfeiçoamento permanente.

Quando eu entrei na coordenação da Política de Humanização, eu estava como consultor formalmente da Política só há seis meses, dez meses, para ser exato. Eu entrei como consultor formalmente, em outubro de 2010, e entrei na coordenação, assumi a Coordenação Nacional, em julho de 2011. Mas eu já tinha aproximação com a Política de Humanização mais concretamente desde 2007, quando eu volto para a Unicamp para fazer o mestrado – eu me formei na Unicamp –, lá tinham muitos consultores que faziam pós-graduação comigo, e a gente vai se aproximando dessa construção cotidiana da política no Ministério da Saúde. A pauta da humanização já nasce com uma interface com o campo acadêmico muito forte e com uma interface com o movimento sanitário muito forte. E como militante no movimento sanitário em São Paulo – eu me formei lá –, vim acompanhando essa trajetória, de como é que vem essa discussão lá nos cotidianos dos territórios.

Nesse período eu já vinha trabalhando – até porque me formei na Unicamp – com o conceito do apoio institucional na gestão da Saúde. Então eu já trabalhava como apoiador a municípios no Estado de São Paulo, principalmente às gestões municipais. Depois fiz consultoria pelo Conass, no Mato Grosso do Sul, trabalhei como apoiador no Cosems em São Paulo, na época de 2006. Isso vai trazendo então o exercício do trabalho e do apoio que me fez me interessar muito por esse arcabouço ético-político construído e em processo de capilarização nesse período no Ministério da Saúde.

Então, essa história vai se confundindo e eu vou fazendo colaborações. Uma das pessoas que mais me trouxe para próximo da humanização foi a Beth Barros, da Ufes, no Espírito Santo, companheira de bastante luta cotidiana. Nós apoiamos serviços juntos no Estado do Rio de Janeiro, no Estado de São Paulo, no Espírito Santo. Apoiamos municípios, antes de eu ser consultor da Política de Humanização.

Estou destacando isso porque acho que a minha entrada na Coordenação da Política de Humanização também é um efeito da produção da Política de Humanização. Então, topar que um apoiador assumira a Coordenação de Humanização, e que então traga como desafio para a própria política esse exercício cotidiano do conflito que o apoiador produz do trabalho coerente com seus princípios e diretrizes e com o fortalecimento das dimensões públicas do trabalho, da vida, do cotidiano, do trabalho, dos serviços de saúde e da gestão. Eu assumi a Coordenação Nacional de Humanização alguns dias depois que foi publicado o Decreto nº 7.508. E eu lembro quando o Dário ainda estava na Coordenação da Política, várias discussões que a gente teve de qual era o papel do Ministério da Saúde na relação com os municípios e com os estados. E o interessante é que nesse acúmulo de trabalho da Política de Humanização, com presença do Ministério da Saúde nos territórios municipais, estaduais e a partir do lançamento do Decreto nº 7.508, a gente conseguiu então começar uma discussão para dentro do Ministério da Saúde que não se inicia, em 2011, mas que já vinha pelo menos de 2002, 2003, que é o apoio institucional como forma de relação interfederativa, como um modo de constituir a parceria, a corresponsabilização e a solidariedade entre os entes federados na construção, consolidação e qualificação do SUS nos territórios e a própria formulação das políticas públicas. E isso é tomado pelo Ministério da Saúde, nesse período do final de 2011, por uma comissão de implementação dos dispositivos do Decreto, que cria então a proposta do apoio integrado, a partir das experiências anteriores, do DAB, da PNH e de outras políticas que propuseram então essa relação territorial cotidiana entre o Ministério da Saúde, estados e municípios nas regiões de saúde.

Também acho que é importante colocar isso, porque a Política de Humanização gerou, desde o dia em que nasceu e até hoje continua gerando, até pelos seus princípios e diretrizes e modos de funcionar, conflitos para dentro da máquina do estado, incômodos – como o Dário colocou essa figura do incômodo. Às vezes, tão incômodo que a gente não sabe se permanecerá no dia seguinte. Às vezes, tão conflito que a gente encontra as margens, as fronteiras da própria existência da política na institucionalidade do Ministério da Saúde. Mas eu acho que isso é saudável e acho que a gente devia fazer mais isso. Buscar trabalhar as tensões na sua constituição. E eu acho que a PNH tem feito isso.

Um dos grandes conflitos que a PNH enfrentou a meu ver, neste governo, é aquilo que o Ricardo Teixeira, que está ali, denominou com muita propriedade: 'Nós passamos por um sacudimento'. Um sacudimento enorme, desterritorializante. A Política de Humanização neste governo foi convocada para dentro do Ministério da Saúde a cooperar com as políticas estratégicas. E aí eu acho que também o tema da institucionalidade volta, porque toda essa construção da institucionalidade como uma participação, como uma construção coletiva do SUS vai virando uma institucionalidade que pode ser acionada pelos governos. E aí muitos governos municipais e estaduais o fizeram, o fazem e o farão, assim como o governo federal o faz neste momento. Convoca então essa construção, esse legado, esse acúmulo da Política de Humanização na figura dos seus componentes que estão ligados formalmente ao Ministério da Saúde para compor essa transversalidade com as outras políticas estratégicas do Ministério e do SUS, uma vez que são pactuadas na comissão tripartite.

E nessa convocatória abre-se um campo bastante grande de produção de transversalidade e de intervenção institucional para dentro do próprio Ministério da Saúde. O primeiro grande desafio: todo planejamento do Ministério da Saúde é composto nos resultados de metas temáticas. E a Política de Humanização organiza-se a partir dos territórios. Então, esse confronto entre a racionalidade que orienta a priorização a partir de políticas temáticas e a organização, o desenvolvimento do SUS nos territórios, papel assumido desde o dia que nasceu pela Política de Humanização, entra em conflito. E isso cria para nós muitos desafios de composição nas estratégias que vínhamos trabalhando de capilarização da Política, do apoio institucional aos estados e aos municípios, em confronto então com reorientações de direcionamentos de agenda e energias, principalmente, porque a gente está na SAS, em função das redes de atenção à saúde.

Nós aceitamos esse desafio, mas não deixamos de passar por processos conflitivos, internos, desterritorializações, dificuldades e vivenciamos isso. E a proposta de apoio integrado foi uma das maneiras que então a política encontrou na institucionalidade do Ministério da Saúde de procurar desfragmentar as políticas públicas e a ação delas nos territórios – a partir de um encontro, esses apoiadores passam, com a Política de Humanização, a habitar, a partir do Ministério da Saúde, os territórios interfederativos.

Então, num espaço de pouquíssimos meses, a gente começou a ver apoiador da Rede Cegonha – que a gente já tinha a interface pelo menos da Amazônia Legal no Nordeste, lá do Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal no Nordeste. Então, apoiadores da Rede Cegonha, apoiadores da Rede Urgência/Emergência, apoiadores do SOS Emergência, apoiadores do DAB, apoiadores da Cegep para a construção dos Coaps, dos Contratos Organizativos de Ação Pública.

Então, de repente, aquele apoiador que vinha trabalhando nas lacunas, inclusive, de ausência do próprio Ministério da Saúde, começa a conviver com os apoiadores de redes, os apoiadores de articulação de redes. Começa a conviver e tentar construir esse desafio de trabalhar no território. É claro que a força da constituição das políticas de maneira temática é uma força institucional extremamente potente e que comanda a partir das formas de gestão no SUS atualmente em uso, comanda e direciona o trabalho dessas pessoas nos territórios. Nesse período de 2011 a gente lida com isso.

Uma das questões de quando eu assumi a gestão, que aparece como pauta, é a saúde indígena, a partir de demandas à Política de Humanização – e aí a Carminha foi a coordenadora no período imediato anterior a mim, que assumiu isso como demanda. Mas eram demandas como muitas demandas que muitas áreas do Ministério nos fazem ainda – que é ‘venha fazer uma oficina’, ‘venha fazer uma roda’. E quando o povo chegou lá no território e foi fazer a roda com os indígenas, a roda rodou. E nós vimos um problema extremamente mais complexo do que a gente conhecia, e ficamos um bom período tentando constituir um projeto de intervenção com a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Depois vou falar um pouquinho mais sobre isso. Mas esses processos conflituos foram nos ajudando, foram nos desafiando a constituir estratégias e formas de organização da Política de Humanização que pudessem incluir nos seus planos de trabalho, com mais vigor, as intervenções na relação, as interfaces na relação com as outras políticas do SUS, em especial da SAS, não só da SAS, mas com os outros entes federados nos territórios.

Uma das coisas que foi feito disso é que hoje cada consultor da Política de Humanização, como o Dário já vinha colocando, que é referência para um estado, assumiu pela Política de Humanização, pelo menos no componente Política Nacional de Humanização, a relação interfederativa, a condução da relação interfederativa na negociação da política institucional com estados e municípios. E isso faz inflexões, produz inflexões sobre o modo como a gente conduz e como a gente faz a gestão do trabalho dessas pessoas. Nesse período, com todas as conturbações, mudanças de coordenação, mudanças de institucionalidade, dificuldades nas passagens de governo para manter contratos, manter convênios, manter termos de cooperação, mesmo assim, a Política de Humanização nas ações nos territórios ampliou, no primeiro ano, 40%. Então, assumiu esse desafio do apoio integrado e assumiu esse desafio de compor as redes de atenção com os outros apoiadores do Ministério na relação entre estados e municípios. E no final do ano, e aí eu vou lembrar aqui para os colegas o Coletivo Nacional de dezembro de 2011.

Na PNH, quando a gente quer fazer avaliação e discussão, a gente junta todos os trabalhadores e vai fazer avaliação e planejamento. E nós discutimos então os efeitos do apoio integrado sobre os nossos processos de trabalho e que efeitos isso vinha tendo nos direcionamentos e nas estratégias de composição da Política de Humanização com o Ministério da Saúde e no SUS com os territórios. E avaliamos muitos riscos de descaracterização da ação territorial da PNH nessa linha que o Dário descreveu muito bem de composição da agenda de humanização, a partir de uma análise competente de demanda e construção de ofertamento, em que o sentido próprio da agenda e da construção da humanização vai se dando à medida que a gente vai contratando esses trabalhos nos territórios com estados e municípios, trabalhadores, gestores e usuários. Bom, traçamos então uma linha, a partir dali, que foi aprofundar essa discussão do apoio integrado e aprofundar, tentar construir uma maneira de, assumindo a agenda das redes nos territórios, trazer todo o acúmulo do apoio institucional e das ações, dos dispositivos de humanização, como um modo de atuação da PNH nas redes. De novo nos encontramos com a institucionalidade do Ministério, os modos de priorizar e os modos de fazer das políticas públicas no País, tanto do Ministério como dos estados e dos municípios.

Isso foi então constituindo o processo de relação entre a construção da Política de Humanização nos territórios e a construção da relação da Política de Humanização com outras políticas nesse desafio de composição no DAPES, a princípio, a partir do DAPES, e também com outras secretarias. A agenda nos territórios intensificou-se muito e a gente continuou nessa tensão do debate sobre os efeitos dessa construção de agenda sobre o movimento de humanização e a construção do conceito de política pública da Política de Humanização. E o tempo todo nós estamos encontrando maneiras de lidar com as fragmentações no comando das políticas e na implementação das políticas, com o excessivo arcabouço normativo e com a evolução da relação interfederativa no SUS e com os próprios problemas estruturais do SUS. Como apoiar, como avançar nessas relações, como consolidar políticas em que a dimensão pública se caracteriza não por uma noção de controle, mas por uma noção de uma construção de autonomia, a partir de esferas públicas, de espaços de debate, de construção, de pactuação mais maduros, mais potentes, que a gente possa estabelecer regimes de contratos mais claros entre os entes federados, entre os trabalhadores do Ministério, entre as áreas, entre as políticas, entre as coordenações estaduais, municipais e do Ministério da Saúde, entre esses trabalhadores. Regimes de contratos claros em que a gente pudesse, então, colocar em pauta não só o que se deve fazer, mas como se deve fazer e quem deve estar incluído nesse fazer.

A relação com o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas sob o comando do Dário na direção foi também um desafio enorme. A

gente começou a lidar com o desafio de trazer dentro da construção de políticas programáticas essa dimensão da diferença como possibilidade de nos ensinar, de nos constituir como potência para lidar com aquilo que as políticas públicas no Brasil já vão encontrando como limite. Uma das discussões que a gente tem feito muito é que nós alcançamos o objetivo do milênio para a mortalidade infantil, mas temos populações no País em que a mortalidade infantil passa dos 100 por mil. Então, passou a ser interesse também, sempre foi, mas se intensificou o interesse e a propositura objetiva e vamos discutir como é que a gente constitui estratégias, constitui dispositivos concretos para fazer avançar as políticas públicas que vêm obtendo bons resultados para todas as populações nas suas diversidades, nas suas especificidades, na sua distribuição heterogênea nos territórios, considerando as diversidades regionais, as diversidades culturais, as diversidades e as iniquidades sociodemográficas e econômicas.

Então, com esse contato mais cotidiano e por dentro do DAPES, isso salta como um grande desafio das políticas públicas hoje, em que não vale mais, não é mais suficiente ter uma boa política geral, que dê conta de uma atenção básica geral. Nós precisamos incluir a diferença e nós também somos, como a doutora Fernanda falou aqui, da República de Angola, um país multicultural, nós também somos um país com muitas diferenças a serem incluídas. Nesse sentido, esse objeto de trabalho nos favoreceu com uma construção muito potente na relação com outras políticas do Ministério da Saúde e isso foi ativando, a partir de 2012, uma agenda política interna no Ministério, mas também na relação com organismos internacionais, na relação com as políticas do SUS, em estados e municípios. Então, essa agenda passou com muita força a compor a maneira como a PNH pensa as redes de atenção à saúde, a maneira como a PNH pensa as políticas de fortalecimento de atenção básica e pensa as políticas programáticas. E essa conjunção, então, de a gente estar no DAPES ao longo de 2012, favoreceu isso intensamente e aí, é claro, que a composição com uma direção que compreende profundamente, como vocês viram aqui, o que é a Política de Humanização, a história da Política de Humanização, e compõe a própria Política de Humanização na sua constituição, como o Dário, favoreceu muito e protegeu inclusive a política para que ela tivesse uma janela de temporalidade institucional para a formulação dessas estratégias diferentes de outras políticas prioritárias, inclusive do DAPES, que teve esse tempo todo de responder numa velocidade muito grande à implementação das novas políticas de redes.

Então eu queria aqui homenagear o Dário, porque o Dário foi o cara que defendeu a Política de Humanização dentro do Ministério da Saúde em todas as arenas, em todos os espaços, inclusive no âmbito internacional. (Palmas) E trouxe com muita força para dentro das políticas do DAPES, os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

Passando então por esse processo tumultuado, de enfrentar as próprias questões internas, pessoais, íntimas de cada um de nós que compõem a Política Nacional de Humanização, com essa convocatória institucional da máquina de estado, da máquina de governo e da máquina pública do SUS, porque hoje eu acho que não há um indivíduo sequer neste país que acha que a humanização não é importante. Mesmo aqueles que são contra a Política Nacional de Humanização, porque são contra os seus modos, mas é muito difícil defender publicamente que os serviços não devem trabalhar na linha, pelo menos, de incorporar o conceito de humanização.

A partir disso, nós começamos a perguntar para nós mesmos ‘o que pode a PNH?’; ‘O que pode a PNH nesse cenário?’ Um cenário em que há tantos desafios, tantos conflitos, mas também tanta potência e possibilidade de inovação sendo colocada no cenário político-institucional. Aí fizemos um encontro no meio do ano passado, que foi em Santa Catarina, que a gente fez um coletivo nacional ampliado e chamou alguns convidados para discutir o que pode a Política de Humanização no SUS, nesses dez anos. Aí a gente começou a traçar duas linhas de ação que foram fundamentais, então, para o posicionamento da Política de Humanização hoje no cenário do SUS, que foram os seminários macrorregionais de humanização e a constituição – e aí eu queria fazer outra homenagem.

Teve um cara que mesmo com toda a crítica dura, forte, correta, incisiva, sem nenhuma piedade, mas com uma implicação absolutamente crucial, nos propôs um contrato interno de gestão a partir da construção de planos políticos dos coletivos regionais e das frentes da PNH, que é o Serafim. (Palmas) Serafim foi um cara que é parceiro, que faz críticas, que detona quando é necessário detonar, mas que faz de dentro, que topa e se corresponsabiliza em buscar caminhos para construir estratégias para a gente superar as nossas próprias dificuldades. Ele fez isso. E essas duas linhas de ação criaram uma revolução, a meu ver, na nossa pauta e no modo de pensar, para mim, a Política de Humanização. Nos seminários macrorregionais nós conseguimos incluir progressivamente. Nós começamos em novembro de 2012, com o Seminário Macrorregional do Nordeste, nós começamos a pensar a macrorregião como um espaço para a gente construir uma pauta de mobilização em torno da pauta de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários. Progressivamente a gente foi conseguindo incluir mais os gestores, trabalhadores e usuários nessa discussão, em cada região, os grandes desafios da humanização da gestão e na atenção do SUS. E esses seminários foram apontando e constituindo novos dispositivos.

Essa semana saiu o post que a Beth colocou da Câmara Técnica de Humanização e Mobilização do SUS, no Estado do Mato Grosso, com uma ampla participação de gestores, trabalhadores, movimentos sociais, ampliando a participação dos movimentos sociais, dispositivo

que foi pensado e constituído a partir dessa produção do Seminário Macrorregional do Centro-Oeste. Assim, muitos outros dispositivos, a discussão com trabalhadores da produção do audiovisual como maneira de expressar e sistematizar experiências desenvolvidas na Região Norte. O trabalho integrado no território, nos hospitais prioritários da Rede Cegonha, na Região Sudeste e na Região Nordeste e todo cenário de espaços de mobilização, encontros com movimentos sociais, encontros com trabalhadores para discutir e retomar, então, com muito fôlego, as experiências nos territórios, como formuladores de estratégias e de novos dispositivos para ampliação e aprofundamento da Política de Humanização.

Essas duas linhas de ação foram constituindo, então, condições hoje concretas, implementadas de um contrato interno de gestão, na PNH, que formaliza o modo como a gente produz a gestão do trabalho e a gestão da política e a própria formalização e formulação da política, no território nacional, de uma maneira que a gente não trabalha com a linha de comando normativo e com a separação entre quem formula, quem planeja, quem executa e quem avalia a Política de Humanização nos territórios.

Esse movimento tem permitido que a gente possa avançar e acolher demandas muito complexas de processos de gestão e de produção de políticas públicas no SUS, como foi, por exemplo, a questão da saúde indígena. Ao longo de 2012, a gente foi fazendo um conjunto de discussões e trabalhos com a SESAI e, no começo de 2013, a gente conseguiu constituir um plano de trabalho concreto, a partir do projeto de apoio institucional na saúde indígena aos distritos especiais de saúde indígena. O efeito disso, em oito meses de trabalho concreto nos territórios, foi produzir na semana passada um pacto interno dentro do Ministério da Saúde, articulando todas as secretarias do Ministério da Saúde, com protagonismo entre a SAS e a SESAI, para acelerar as ações estruturantes no âmbito da Saúde indígena, aos indígenas aldeados e aos indígenas em situação urbana, com linhas prioritárias muito bem constituídas e que vão ser publicizadas na conferência que começa na semana que vem. Esse pacto interno criou uma condição de trabalho que libera as equipes e os militantes da Saúde indígena para poderem atuar nessa situação absolutamente calamitosa das condições de vida e de saúde dos povos indígenas do Brasil.

Então, esse pacto interno, mesmo que ele não seja publicizado, porque já existe um plano no comitê interministerial, ele cria uma condição de implicação dos trabalhadores de saúde, para poder enfrentar, diretamente e sem rodeios, a questão da mortalidade e da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil, sejam quais forem as complexidades político-institucionais e as questões de conflito de território nos territórios indígenas. É importante porque o nosso trabalho

foi simplesmente conseguir fazer com que os trabalhadores e os gestores envolvidos pudessem olhar para essa problemática e poderem admitir que é muito difícil trabalhar numa situação em que a mortalidade é tão alta e a possibilidade de intervenção é tão pequena, embora toda causa de mortalidade 70% dela seja evitável.

E a partir dessa intervenção institucional da PNH, em parceria, em composição, a gente começa a retomar com os trabalhadores da saúde indígena o sentido da gravidade e a possibilidade concreta de intervenção, a partir inclusive de alguns dispositivos da Política de Humanização. Então, essa composição é uma demonstração, a meu ver, da potência e da possibilidade de transversalização da Política de Humanização com outras políticas do Ministério. Eu acho que aí a gente vai abrir o debate daqui a pouco, mas a gente tem uma construção muito parceira – a Ester, que está ali, pode falar também um pouco disso – com a construção da Rede Cegonha desde lá do PQM. A gente foi convocado, desconvidado e reconvidado para o S.O.S Emergência e hoje a gente tem uma pactuação clara e muito interessante para apoiar as intervenções do SOS Emergência nas grandes partes hospitalares. A gente conseguiu ampliar e fomentar que as instituições de formação no SUS, as universidades trouxessem e qualificassem a pauta de humanização, a partir de suas agendas institucionais próprias.

Então, no final do ano passado, a gente conseguiu abrir uma discussão mais organizada da humanização, no Congresso da Abrasco, lá em Porto Alegre, que se constituiu com o apoio dos companheiros do campo da Saúde coletiva, um GT de humanização no congresso da Abrasco, no Rio, no Congresso de Ciências Sociais, e foram trabalhos, uma quantidade de trabalhos de uma qualidade incrível. A gente constituiu, a partir da frente de formação em pesquisa, uma rede que vai se aquecendo de docentes, profissionais, trabalhadores, pós-graduandos, alunos de graduação, especializando, que vai compondo então uma rede de produção de conhecimento, que vai se conectando aos territórios e às ações que vão acontecendo e vão sendo produzidas nos territórios. Esse movimento todo, a gente quis trazer também, nessa linha da expressão e da visibilidade, as experiências do SUS no campo da humanização, e propusemos então o edital do concurso ‘Somos parte do SUS que dá certo’, que a gente está vendo o desfecho aqui hoje, e eu acho que com grande felicidade.

E para concluir, eu queria trazer algumas questões de experiências que eu acho que foram fundamentais, pelo menos para mim foram, que vão se concretizando e vão se consolidando mais agora ao final de 2013. Nós iniciamos o ano de 2013, lá no dia 27 de janeiro, com uma calamidade absurda, que foi o incêndio em Santa Maria. Isso para nós foi um aprendizado fundamental. Eu queria afirmar isso. Primeiro, porque, em menos de 24 horas, a partir de uma ação não só de consultores, mas de

parceiros da Política de Humanização, a partir da experiência da Rede HumanizaSUS. Então, aquilo que nasce como um experimento, aquilo que nasce como uma possibilidade de potência, de relação na internet, de constituir uma rede, vai se amplificando e vai tomando velocidade. Nesse dia, nós conseguimos mobilizar com a Rede HumanizaSUS e com o Facebook mais de mil pessoas que foram constituindo uma rede para trabalhar o acontecimento lá de Santa Maria. A PNH já estava lá, porque tem pessoas da PNH que moram em Santa Maria. Mas, do ponto de vista da institucionalidade do Ministério, consultores da Política de Humanização foram os primeiros a chegar a Santa Maria depois da divulgação do incêndio.

E eu acho que a Política de Humanização nessa intervenção de Santa Maria conseguiu mostrar que contrato de apoio você pode fazer em horas, que uma boa contratualização, uma ação de solidariedade prescinde de uma institucionalidade burocrática, que ela pode se constituir em função da necessidade e ela pode superar as barreiras da autonomia, as barreiras de uma burocratização, um modo burocrático de pensar autonomia entre os entes federados, em função da necessidade, em função da questão ética, em função de um acontecimento que mobiliza todos nós naquele momento. Ali foi um grande aprendizado de mobilização, de interface entre áreas do Ministério da Saúde, e que até hoje deixou marcas, deixou desafios e continua deixando desafios para o nosso coletivo da Política de Humanização.

Uma das coisas que eu acho que avançou muito nos últimos anos foi a presença e a valorização da Região Norte, não só na Política de Humanização, mas eu acho que a Política de Humanização fez a sua parte nesse ponto. Nós ampliamos coletivo, nós conseguimos constituir um plano de trabalho – isso vem já há mais tempo. Acho que o Plano de Qualificação das Maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste contribuiu muito para dar visibilidade à agenda do Norte e do Nordeste, mais especialmente a Amazônia Legal. Eu acho que a gente vem hoje com o coletivo extremamente potente, com uma agenda muito rica e que vem trazendo o modo de ser dos povos do Norte para dentro da Política de Humanização. Eu acho que isso já vem dando sinais de que renova e traz novos brilhos, novas nuances para a constituição dos dispositivos e atualização das diretrizes da política. A Rede HumanizaSUS foi um investimento bastante inovador, desde 2008, da sua criação. Eu acho que a gente conseguiu com a mudança de pensar a profissionalização do grupo de editores, um mecanismo de financiamento mais contínuo e um projeto de rede social que vem se constituindo e vai ampliando a nossa possibilidade de capitalização e de chegar em todos os municípios. E não só em todos os municípios, porque uma das grandes possibilidades de oferta e de cooperação com outros países também é a partir da Rede HumanizaSUS, pela facilidade como conexão de relação entre grupos que montam suas redes territoriais e que podem

então superar as distâncias em composições, apoios e projetos em rede aberta. E é um projeto que a gente tem sustentado com muito esforço, porque é o único projeto de rede aberta sem controle de conteúdo que há e é apoiado diretamente pelo Ministério da Saúde e já vem num trabalho de autonomização e de construção de uma plataforma de relação social que pode potencializar. A gente está apostando nisso, inclusive no novo projeto Pnud, que a Filomena colocou aqui na mesa de abertura, como uma das possibilidades de plataforma de inclusão e de participação social nas políticas públicas.

A questão da cooperação internacional é um grande desafio. Eu estou muito honrado porque a doutora Fernanda está aqui. Essa experiência de ir para Angola em agosto foi muito importante para mim pessoalmente, profissionalmente. Eu vi lá nos territórios uma familiaridade ancestral, porque é mesmo. Eu me senti muito em casa, muito bem acolhido. Eu acho que a gente começa a fazer uma passagem de pensar a cooperação na linha de que os países com mais dificuldades do que a gente, a gente coopera com eles, e os países do eixo mais central cooperam com a gente, no sentido de quem transfere para quem conhecimento. Eu acho que a gente começa a superar isso, porque o que eu vi em Angola, com toda a dificuldade, traz, por exemplo, uma integração entre o parto e a atenção básica que no Brasil é impensável, pelas tradições do País. Tem questões no cuidado, tem questões na formulação das políticas, o respeito à dinâmica social das comunidades, coisa que a gente aqui precisa defender o tempo todo, em todas as arenas. Nós precisamos respeitar, e não só respeitar, mas valorizar e incluir as dinâmicas sociais das comunidades em cada território, na composição das políticas públicas.

Quando a gente pega o Bolsa Família e põe na mão de um indígena de 20 anos de idade, nós estamos dando poder para ele, mais do que o pajé que lidera há 40 anos aquela comunidade. Isso destrói os laços sociais. Então, nós precisamos adaptar as políticas, precisamos adaptar as políticas e não as comunidades às políticas. E não a sociabilidade às políticas. Nós precisamos fazer com que as políticas se dobrem às realidades dos territórios. E essa é uma das grandes missões assumidas, encargos. Eu me sinto encarregado e acho que todo mundo da Política de Humanização se sente encarregado com esse desafio.

E aí eu queria dizer um negócio para vocês, que eu falei para o secretário da SAS na semana passada, em uma reunião. Eu estudo apoio institucional, minha tese de doutorado é apoio institucional, tenho, pelo menos, 10 anos de trabalho declaradamente como apoio institucional. Sou do campo da saúde coletiva, sou da atenção básica, trabalhei em hospital. E eu acho que essa vivência é uma vivência correlata à dos meus companheiros que trabalham na Política de Humanização no Ministério da Saúde. Eu estou falando dos consultores, ex-consultores, parceiros. E eu acho que o Ministério da Saúde começa a tomar consciência do que é esse trabalho

de apoio institucional. Começa a entender que para fazer isso é preciso um modelo de trabalho diferente, é preciso uma qualidade metodológica, técnica e política para desenvolver esse trabalho, que o modo de fazer gestão desse tipo de trabalho não pode ser o modo de gestão tradicional verticalizado, porque com ele não há possibilidade de fazer apoio.

E isso então vem se constituindo, como o próprio legado também da Política de Humanização na relação com a formulação do modelo de gestão do Ministério da Saúde. Eu acho que isso já vem aparecendo e o que eu disse para ele foi o seguinte: 'Cada um de vocês que trabalha na Política de Humanização, nos territórios, eu, pessoalmente, confiaria a minha vida a qualquer um de vocês no serviço de saúde, porque vocês entendem o que estão fazendo e têm experiência no que estão fazendo. Vocês não são tratados como empregados do Ministério da Saúde, que estão a mando do Ministério da Saúde, implementando coisas formuladas em outro lugar. Vocês são formuladores da Política de Humanização. E em função disso, eu tenho absoluta confiança e entregaria a minha vida a qualquer um de vocês, se vocês fossem me atender nos serviços de saúde nos territórios. Eu acho que poder dizer isso com convicção, não como uma figura retórica, fala da coerência dessa política interna, externa, encarregar e constituir a sua missão institucional em todos os espaços de gestão do SUS.

Eu queria agradecer muito a vocês a possibilidade de vivenciar esse espaço de gestão. Eu sou docente numa universidade federal, aqui, da UnB, recentemente. E acho que acumulei muito e que contribuí também como apoiador para a constituição e para o processo da Política Nacional de Humanização. Tenho novos desafios apontados que já foram colocados aqui. E acho que a gente tem, de fato, uma força de coletivo e essa força de coletivo tem condições de mobilizar, tem condições de coletivizar a discussão da humanização no País. Por isso que nós optamos – e foi uma opção política – de não fazer um seminário de 3 mil pessoas esse ano ou de 1.200 ou o que desse para fazer. De fazer um encontro institucional pequeno de comemoração em número de pessoas e lançar, para o ano que vem, a Semana Nacional de Humanização.

Essa é uma aposta em que mais do que ser reconhecido por ter sido convidado para um seminário da humanização, o que a gente quer compor com os coletivos e com os sujeitos nos territórios, gestores, trabalhadores e usuários, é uma pauta de militância, uma pauta de mobilização. Por isso a proposta da Semana de Humanização. Então a gente quer colocar essa força de coletivo à prova, num ano que é crucial para este país, para levantar e ativar a pauta da humanização como uma pauta que possa articular os diversos movimentos, as diversas lutas no campo da Saúde e compor uma agenda política para o próximo governo. É isso. Obrigado. (Palmas)

2 Carta de Regina Benevides

Mestre de Cerimônias – Convidamos a todos para ouvir a carta da primeira gestora da Política Nacional de Humanização, Regina Benevides, que atualmente reside fora do País e, devido aos compromissos profissionais, não pôde estar presente. Convidamos a senhora Beth Mori, apoiadora da PNH, que acompanhou a sua gestão para realizar a leitura.

Beth Mori (apoiadora da Política Nacional de Humanização) – Washington, 26 de novembro de 2013. Queridos amigos, aqueles que me conhecem sabem que gosto das cartas, dos pequenos textos que misturam o que sinto com o que penso, com o que vivo. É um jeito um pouco misturado onde nem sempre o resultado é bom. Eu bem que tento ser mais linear, mas são as curvas que me interessam ou ao menos os riscados meio ao acaso que me encantam. Portanto, peço um pouco de condescendência, pois novamente resolvi escrever uma carta.

Por aqui é madrugada. O inverno anunciou que hoje cedo vai chover gelado. Pode ser que neve. ‘Atenção, pois o chão pode ficar escorregadio’, escuto na rádio. Ainda estou acordada tentando rabiscar palavras em celebração pelos dez anos da Política Nacional de Humanização (PNH). O convite já havia chegado há algumas semanas, mas estranhamente sempre que pensava em escrever algo, as palavras secavam. Foi preciso cronos bater à porta indicando que em dois dias seria o evento comemorativo para eu arrumar coragem e deixar-me pegar novamente pelo fluxo da amizade, da paixão, do compromisso com as políticas públicas de saúde que caracterizam a PNH no Brasil.

O convite inevitavelmente me transporta para certo início. Digo certo início, pois bem sabemos que por trás de todo o começo há infundáveis pontos de conexão com outros tantos pedaços da 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 contar e celebrar. Aqui já indico que ocupo circunstancialmente este lugar de contadora de história, pois, reafirmo, este eu que escreve é um dentre outros incontáveis ‘eus’ que se dissolvem na construção do comum. É a história contada, recriada a cada momento que interessa. É a história – acontecimento, que irrompe na linearidade dos fatos, que expressa o pulsar da vida. Assim podemos dizer que uma camada de história se adensa nestes dez anos.

Seus pontos de aglutinação nascem do encontro de um tempo e de um espaço populados de lutas pela democracia do Brasil, de lutas de muitas minorias que buscavam passagem para ganhar a pólis, de lutas pela afirmação de um SUS mais equânime, universal e integral; pela construção de experiências no Brasil e no mundo geradoras de novas práticas em saúde. Como efeito de toda luta, tais pontos trazem as disputas, as relações de poder, as diferenças que produzem outras diferenças, mas trazem também a tendência apassivadora de tentar equalizá-las em prol de uma idealizada ‘unidade’. Este é o cenário onde, em 2003, um programa de humanização dos hospitais se vê desafiado a romper sua verticalidade, sua localização, sua identidade, seu alvo, seu especialismo para se criar enquanto Política Nacional de Humanização.

Desde a partida, identificamos o que não queríamos. Melhor dizendo, não apenas não queríamos, mas não acreditávamos. Não havia essência de um bom humano a perseguir, sentido de humanização que a nosso ver mascarava as relações de poder, as relações de produção dos sujeitos, as relações de produção do processo de trabalho. Não havia tampouco um lugar para acontecer, ou grupo específico a beneficiar ou níveis de intervenção/implementação a privilegiar. O primeiro impasse anunciava que a palavra humanização carregava sentidos que inviabilizavam as mil lutas travadas cotidianamente pelos usuários e trabalhadores do SUS para garantir o acesso universal, equânime e integral almejado. Sem saber por onde ir, ouvimos. Ouvimos a necessidade de ser ouvido, de ser cuidado, de cuidar melhor. Ao invés de mudarmos a palavra, decidimos tomá-la como ferramenta e colocá-la para funcionar como intercessora das práticas de cuidado, das práticas de gestão. Decidimos engordá-la, fazê-la crescer para todos os lados. Ali onde era uma palavra remetendo a um sentido idealizado, alinhávamos múltiplos sentidos. Humanização era atenção e gestão; transversalidade; formação; pactuação de princípios; diretrizes de implementação; dispositivos e – por que não? – indicadores e avaliação. Mas queríamos mais. Não mais como um programa, a política de humanização deveria ser transversal

a todas as práticas de saúde, a todos os programas, a todos os níveis de intervenção, a todos os atores constituintes do processo saúde-doença. Transversalidade e inseparabilidade entre gestão e atenção tornaram-se princípios condutores da política que almejava, sobretudo, fortalecer seu caráter público.

A humanização queria-se uma política para todos e para qualquer um, 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 garantir dar-se-ia pelas alianças, pelas tensas negociações de interesses, desejos, projetos, necessidades. Seu garantir dar-se-ia num inevitável e permanente processo de construção. Não nos iludimos que esta escolha ético-política seria mais difícil. Topamos o risco.

O que veio a seguir foram escolhas estratégicas dos conceitos que norteariam a PNH. Conceitos eram, de fato, ferramentas, algo que nos servia para operar o complexo campo da Saúde pública e não menos complexo SUS. Para afirmar o caráter público da política, discutíamos como poderíamos escapar dos burocráticos arranjos da máquina do Estado. Procurávamos criar 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 aglutinação. A realização da política deveria se dirigir para seu entrosamento com outras políticas e programas de tal ordem que a humanização seria prática pertencente a um plano comum das políticas e não uma específica política-programática. Este movimento de transversalização, entretanto, embora não visasse uma institucionalização, deveria procurar construir uma institucionalidade, entendida como capacidade para operar através das instituições/práticas da saúde.

Ao lado deste desafio, outro não menos importante e difícil se colocava. A PNH investia na inseparabilidade entre gestão e atenção. Trabalhadores de saúde produzem saúde e a si mesmos como trabalhadores da saúde. Trabalhadores são gestores do seu trabalho, criam as regras, responsabilizam-se por elas, pesquisam seu trabalho e se inventam ao mesmo tempo. Usuários da saúde 'usam o serviço de saúde', mas, ao mesmo tempo, se corresponsabilizam com sua saúde. A integralidade da atenção não poderia se dar sem a integração dos serviços. Estes não se integrariam se não se constituíssem em sistemas. Tais sistemas precisariam ser esgarçados em redes para escapar do mecanicismo que lhes rondam. Não há universalidade da atenção sem o comprometimento da gestão. A gestão não pode se reduzir a arranjos do orçamento ou a procedimentos administrativos que sirvam apenas para regular a força de trabalho.

Por outro lado, a equidade, para ser garantida, precisa incluir as diferenças. Ah, eis aqui outro ponto que fez a PNH radicalizar o SUS: a política devia operar num paradoxal movimento de inclusão que não fosse cooptado pela maquinaria do Estado. Dissemos, então: a construção de uma política pública, como queríamos a PNH, dá-se neste fora da máquina, neste tênue e impreciso espaço-tempo em que ela, do Estado, quer a garantia da universalidade do direito à saúde, mas dele recusa o que na universalidade abafa o singular, o estranho, o que foge do equilíbrio.

Esta utopia ativa, construída inicialmente a poucas mãos e corações, rapidamente se expandiu. Apostamos numa política do contágio, nas rodas que mais do que um método, eram uma atitude, um ethos político que nos mantinha vivos ou vívidos em nossas militâncias. O ano de 2003 foi o da elaboração, proposição, pactuação interna e início da publicização, quando da 12^a Conferência Nacional de Saúde. No âmbito do MS, crescemos em parcerias. As demais áreas passaram a incluir em suas políticas, critérios de humanização. Caminhamos com a PNH em busca de um SUS que dá certo. O ano de 2004 foi o da disseminação, divulgação, pactuação externa, formação e apoio institucional para a implementação das diretrizes da PNH. Apresentamos a Política na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Foi também um ano de grande produção teórico-conceitual quando nos voltamos para a construção dos dispositivos de intervenção voltados para a concretude das experiências e para o compromisso com o aumento da capilaridade das ações.

Em 2005, alguns de nós decidimos partir do Ministério da Saúde. Não partimos da Humanização. Uma vez contagiado pela humanização, dela não mais se parte. Alguns nos perguntam por que então partir de um lócus onde a PNH tinha se construído e ganhava cada vez mais espaço? Soubemos que era tempo de partir quando a vida se constrangeu, quando as composições que potencializavam nossa capacidade de criar/fazer enfraqueceram. Mas, como dissemos, uma política pública não termina quando alguns se deslocam de um lugar a outro. Outros companheiros vieram, muitos de nós continuamos a trabalhar pela humanização em outros espaços.

Nos anos seguintes, muitas composições foram criadas, muitas invenções, maravilhosas invenções foram implementadas. A crítica que sempre caracterizou a política manteve-se acirrada. Criação e crítica alinharam-se na humanização. Estes eram mesmo os sentidos mais radicais que sempre quisemos ver enganchados na palavra-ferramenta humanização. Em 2007, deixei o País. Fui em busca da África na África. Trabalhei em Moçambique por quatro anos e meio. Conheci a ausência dolorosa de um sistema único de saúde. Vivi na carne a ausência do mais simples sentido de humanização. Experimentei um

Estado dependente, uma sociedade civil na maior parte das vezes orquestrada autoritariamente por este Estado. O SUS acompanhava-me como alimento nas horas difíceis, a PNH inspirava-me na utopia de um mundo mais justo. Com isso, aprendi um jeito de estar em comunidade, de alegrar-me com a água que podia ser carregada para o Centro de Saúde para mais uma vida que era parida. Conheci jovens e com eles trabalhei na conquista de uma posição mais autônoma e iniciando sua contraposição ao que do Estado vinha como regra a ser cumprida.

Em 2012, mudo de Moçambique para os Estados Unidos. A vertigem da viagem do sul a leste para o norte a oeste, da língua que me era familiar para outra onde 'estrangeiro', colocou-me na busca novamente do que na Saúde era direito. Agora na metrópole, acompanho a luta que nos anos 1960-1970 era travada no Brasil por uma cobertura universal. O sistema incerto e injusto das seguradoras de saúde faz do país, considerado um dos mais desenvolvidos do mundo, estar às voltas de como garantir um mínimo de saúde.

Muitos me perguntam: qual a minha avaliação da PNH dez anos depois? Titubeio na resposta. Muito aconteceu, muito se criou, muito se fez nesses anos. Como disse, estou fora do País há seis anos e, embora tenha procurado acompanhar os movimentos da política, precisaria mergulhar muito mais no contexto, nas contradições e nos paradoxos que a constituem para falar algo.

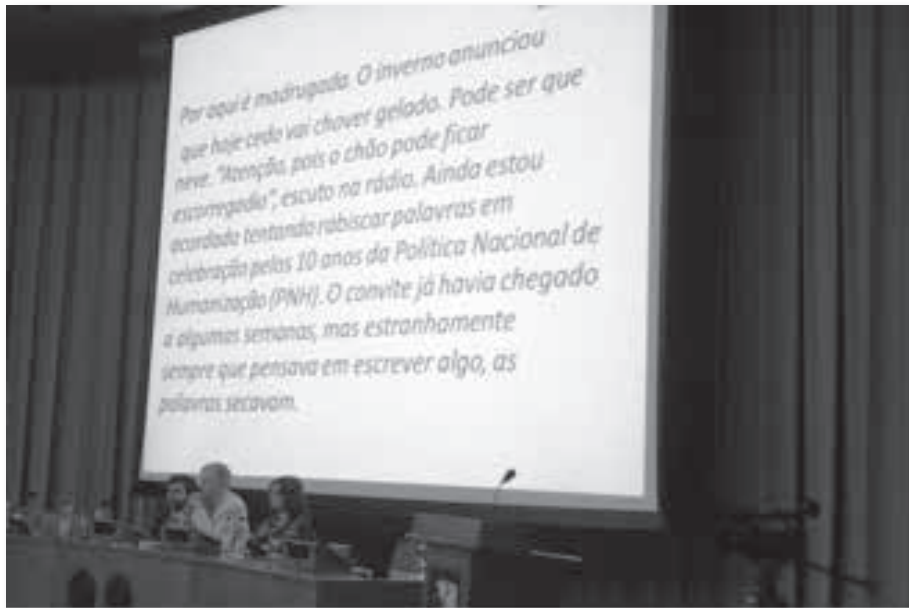
Ouso, porém, pegar um fio que sempre me pareceu ter sido o condutor/ conector da PNH: seu compromisso em ser uma política pública transversal. Se este ainda é seu compromisso, há desafios que precisam ser enfrentados que deixo aqui como perguntas. Como avançar na sua institucionalidade sem que isto implique 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? 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?

Finalizo dizendo que esta carta é para todos aqueles que ousaram caminhar pelas linhas imprecisas da PNH, e mais ainda da humanização, aqueles que, como o poeta, sabem que viver não é preciso. Enquanto eu escrevia momentos inesquecíveis dos anos que tive a alegria e a honra de compartilhar quando estava à frente da Coordenação da PNH e mesmo depois, como consultora da região Rio, voltaram trazendo-me a intensidade das nossas trocas. Fico tentada a nomear alguns destes companheiros que de uma maneira incondicional embarcaram nesta construção. Mas, mesmo que a memória muito me ajudasse, eu estaria

sendo injusta com todos, todos aqueles que no Brasil também tomaram esta estrada.

A todos vocês, onde estiverem, a todos vocês que continuam insistindo na 'humanização da saúde', meu muito obrigada. Obrigada por terem me dado a chance de ter uma das melhores experiências da minha vida no campo da saúde pública. Como disse o Leminski, continuemos a 'Achar a porta que esqueceram de fechar. O beco com saída. A porta sem chave. A vida'. Regina Benevides (Palmas)

Fotografia 4 – Participantes acompanham a leitura da carta da primeira gestora da Política Nacional de Humanização, Regina Benevides



Fonte: PNH/SAS.

3 Debates com participantes

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, teremos agora o momento dos debates, que será coordenado pelo gestor da PNH, Gustavo Nunes de Oliveira. Informamos que o horário do almoço está programado para acontecer a partir das 13h.

Gustavo Nunes de Oliveira – Então, nós temos 25 minutos. Está aberto. Fiquem à vontade. Tem um microfone circulando. Eu vou pedir para vocês falarem o nome e de onde são.

Júlio Lins – Eu me chamo Júlio Lins. Eu vim aqui a convite dos senhores representando o vídeo ‘Práticas Integrativas no SUS – Uma experiência que dá certo’. Eu sou de Recife. Vim aqui como um dos escolhidos da Região Nordeste. A Política de Humanização faz parte da minha própria história pessoal. Nos anos de 2000, eu era estudante de Medicina, incomodado com a maneira que estávamos aprendendo a nossa disciplina. Na academia nós fundamos um grupo de humanização, o grupo Caminho. E naquela época procuramos parceiros no Estado de Pernambuco e encontramos, entre outros, o professor Paulo Henrique Martins, e trabalhamos os conceitos a partir da contradessumanização da Medicina e do processo de humanização. Construímos nessa época uma ideia do que era humanizar, entendendo a humanização como um processo de aprendizado contínuo. Se nós somos chamados homo sapiens, às vezes não estamos merecendo esse epíteto, pois ainda não temos consciência de que ainda estamos conscientes. Ainda está faltando muito para assumirmos a nossa função, o nosso momento, o nosso lugar como seres humanos.

Na questão da contribuição e dos vídeos que a gente foi convidado, desafiado a trazer para cá e procurar a atender esse desafio – um desafio de produzir vídeos com recursos próprios, a partir de nossas câmeras de vídeos, nossos celulares e mostrar aquilo que estávamos fazendo para o Brasil. Eu devo a oportunidade e agradeço. Concordo plenamente com a nossa caminhada para uma participação maior na mídia. Eu vejo que o SUS está cada vez mais afrontado e ameaçado por uma imagem negativa, vinculada nas ondas do ar, que são públicas. Nós precisamos tomar medidas e encaminhar uma resposta midiática nessa direção.

O professor Paulo Henrique dá uma contribuição muito interessante dizendo que grande parte do adoecimento contemporâneo vem da pobreza simbólica da Medicina moderna. Hoje nós temos uma base filosófica clara para falar numa ética laica. Nós temos tecnologias: como ensinar às pessoas qualidades como ter intenções positivas no seu trabalho, como desenvolver paciência, generosidade, como trabalhar em si essas qualidades que nos fazem ser mais humanos, a liberdade em relação ao nosso pensar. É sem dúvida importante o aspecto de ethos. Mas sem mudar e questionar o aspecto de episteme, nós não vamos mudar o aspecto de ethos e esse é, em parte, o desafio.

Do nosso ponto de vista, na hora em que o cuidador de saúde muda a sua perspectiva de humano, ele passa a olhar para o ser humano não como uma máquina, que tem uma camada superficial emergente que se chama cultura, mas começa a ver como estamos imbricados na nossa vida simbólica e na nossa vida orgânica. A migração para outras maneiras de olhar o processo de cuidar de saúde é uma migração natural. O reconhecimento do saber das parteiras tradicionais, o reconhecimento do que nós temos a aprender com a Medicina tradicional chinesa, com a ampliação das nossas disciplinas a partir da antroposofia e de diálogos e a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas de Saúde precisa estar bem próximo desse processo de humanização.

Se olharmos para a nossa história, os grandes humanistas, nós vamos ver que eles tinham relações com essas disciplinas e aprofundaram muito do ponto de vista filosófico o que é ser humano e como educar esse ser humano, voltando para a base do processo educativo. E quando eu falo a base, não estou falando da academia. Eu estou falando do ensino infantil, ensino fundamental I, II, até a academia.

Então quero agradecer a presença aqui e quero lançar um desafio de volta para vocês, já que vocês lançaram um desafio para a gente. O meu desafio, e acredito que de muitas pessoas aqui, é poder dar visibilidade aos nossos trabalhos. Estou muito grato a vocês de publicizarem os vídeos que fizemos com nossos recursos limitados, com o nosso tempo limitado. Mas gostaríamos muito e desafiamos vocês a nos auxiliar a produzir mais material de divulgação dos trabalhos que nós estamos

fazendo. Seja desses 30 ou dos 10 e futuros editais de cultura, que possam nos ajudar a ter recursos, enviar essa equipe maravilhosa de vídeo que você tem para a nossa região, para que possamos mostrar numa qualidade que possa ser exibida na televisão, que é pública e que precisamos ocupar. Muito obrigado. (Palmas)

Geraldo Adão Santos – Eu já estive presente na Mesa. Meu nome é Geraldo Adão Santos. Como representante de conselhos municipais de saúde, possivelmente vamos ter, a partir do ano que vem, uma grande mudança na estrutura do atendimento da urgência e da emergência. Até agora, grande parte desse atendimento é feito por hospitais conveniados, filantrópicos e também públicos. Mas com a vinda das UPAs, a partir do ano que vem, já tem muitas e possivelmente vai ampliar, e muito, a rede de atenção à saúde da urgência, por meio das UPAs. Não tenho uma estatística, mas acredito que o atendimento de urgência e de emergência passará a ser, pelo menos a sua maioria, pública. Hoje grande parte é conveniada por intermédio de hospitais filantrópicos.

Então, tomarei a liberdade de perguntar como a PNH se prepara – qual o projeto que tem – para preparar esses novos funcionários que serão da rede pública, que possivelmente atenderão a maior demanda da urgência e da emergência, nesse novo sistema que seriam as UPAs, a urgência e a emergência. A preocupação é se está preparado para inaugurar muitas UPAs daqui para a frente e como a PNH vai trabalhar na solução dessa demanda que passa a ser de funcionários públicos, porque hoje grande parte está nos conveniados e ela vai passar a ser própria e pública. Obrigado.

Juliana de Almeida do Carmo – Eu quero colocar uma reflexão. Meu nome é Juliana. Eu venho de Sete Lagoas, Minas Gerais. Primeiro, agradecer. É extremamente importante esse momento aqui, comemorar 10 anos da Política Nacional de Humanização. Estar presente é uma honra. Sempre quando a gente fala de humanização, eu sempre pensava: humanização. O que é humanizar? Humanizar não é ser piedoso, como já foi dito aqui. Quando fala em humanizar, a gente pensa no ser humano como um todo, que tem diversos sentimentos, inclusive raiva, ira. Diversos sentimentos.

E alguma coisa que a gente está vivendo hoje na Saúde, e que eu vejo como problema, é a tecnologia excessiva. O uso excessivo do celular não só pelo trabalhador, mas pelo usuário. O quanto isso atrapalha. As pessoas filmando os trabalhadores de saúde, o trabalhador utilizando a tecnologia de uma forma excessiva e isso indo para as redes sociais. Como poderíamos trabalhar isso de uma forma, vamos dizer, mais democrática, mais reflexiva e em que a gente pudesse juntos achar uma solução? Não é proibir o celular, não é proibir a utilização dentro dos espaços de saúde, mas que também a gente pudesse limitar essa

utilização, porque você coloca qualquer coisa no Youtube e não tem lá um papelzinho como esse aqui permitindo que a sua imagem esteja presente. E as pessoas colocam. Isso acontece em todos os lugares.

Então, pensar nisso, na Política de Humanização, de forma geral. E me incomoda também quando a gente fala de Política Nacional de Humanização, há necessidade de discutir com o Ministério do Trabalho essa política dos trabalhadores. Que eles estivessem presentes. É muito inflexível. A CLT às vezes é muito inflexível. A gente sabe que tem contratos de trabalho e a gente tem concursos públicos. Então, quando falamos em política de saúde, a gente tem diversos tipos de contrato. Eu trabalho num hospital filantrópico e o nosso tipo de contrato lá é celetista. E o que a gente tem tentado fazer é trabalhar uma forma de premiação de estímulo à equipe. Mas nós ficamos limitados pela CLT. Então, acho que é necessário que o Ministério do Trabalho faça parte dessas discussões com a Política Nacional de Humanização para que ele possa permitir esses incentivos também. A gente sabe que eles permitem alguns incentivos, mas não financeiros. E hoje, os incentivos financeiros têm vindo do governo por intermédio de portarias, mas via CLT a gente não consegue isso. Acho que seria pertinente.

Gracimar Fecury – Bom dia a todos. Eu sou a Gracimar Fecury. Eu sou enfermeira-obstetra e estou um pouco nervosa em falar, porque eu já me sinto, eu não, o meu estado já se sente gratificado em estar aqui. Participar do SUS que dá certo. Eu tenho 25 anos como enfermeira e observei que a proposta da humanização do SUS, em motivar os profissionais da casa em que eu trabalho foi renová-los, foi fazer eles se sentirem parte do SUS que dá certo. Foi ‘fazer eles’ se sentirem parte da minha instituição. Foi ‘fazer eles’ fazerem diferente. Foi fazer vestir a camisa. Foi fazer suar a camisa. Foi fazer dizer ‘eu sou do SUS, eu faço parte do SUS, eu sou do Amazonas’. E aí, cada passo que nós pensávamos em construir uma partezinha do vídeo, as oportunidades, a criatividade e a motivação de dizer ‘faz assim, enfermeira; assim vai ficar melhor. Quem sabe nós vamos chegar lá. Mas o Amazonas é tão esquecido! Será que nós vamos alcançar?’ Eu falei para eles: ‘O que é importante é participar e não ganhar. Estar entre 30 é muito para nós’.

A fala que o senhor fez na Mesa foi muito importante para mim. Então, fazer parte do SUS, eu sou SUS. E acredito, sim, no SUS que dá certo. E na minha instituição hoje estão todos motivados. Sair de casa com as pessoas me dando abraços, as pessoas me falando palavras carinhosas. Para mim não, eu dizia para ele. É para nós. É pra você. Foi você que fez esse vídeo acontecer. É você que faz as coisas acontecerem no SUS. É por isso que estou aqui. Eu não estou aqui pelo estado. Eu estou aqui pelos profissionais que trabalham para fazer a diferença no SUS que dá certo! (Palmas)

Gustavo Nunes de Oliveira – Mais alguém, gente? Mais um e a gente retoma a Mesa, pode ser?

Érica – Bom dia a todos e todas aqui presentes. Eu sou Érica. Eu trabalho na Diretoria de Gestão do Trabalho de Educação na Saúde, na Secretaria de Saúde da Bahia. Para mim é uma grande alegria, em nome de toda a Diretoria e dos profissionais de saúde do estado. É uma alegria estar compondo aqui com outras experiências da região nesse momento dos 10 anos da Humanização, de grande investimento dos apoiadores institucionais, do coordenador estadual de humanização, Altair Lira, e do nosso diretor, Bruno Guimarães, favorecendo a construção e a transversalização da Política de Humanização.

Na Diretoria, a nossa experiência – a Coordenação Estadual de Humanização está na DGETS (Diretoria de Gestão do Trabalho de Educação na Saúde), diferente de outras experiências que estão na SAS. O grande desafio que nós temos é fazer com que essa indissociabilidade da gestão e da atenção de fato aconteça.

Estando nós numa diretoria de gestão do trabalho, muitas vezes, pela própria fragmentação do processo interno, precisa de investimentos para trabalhar na área da atenção. Mas esse é um desafio que é posto e que na verdade nós já temos como consciência, de modo geral. Mas eu acho que uma das coisas que a humanização, na Bahia, e aí a minha pergunta vai nesse sentido, é ter investido justamente também nas diretrizes da valorização do trabalho/trabalhador, e nas ações da gestão do trabalho, que é o dimensionamento da força do trabalho, a avaliação de desempenho. Fazer esses diálogos presentes, mais próximos, para qualificar e também humanizar as relações de trabalho e regulação no SUS e dimensionamento da força de trabalho.

Para isso eu queria, na verdade como pergunta, saber como isso está acontecendo, o que tem se pensado no Ministério com relação a essa articulação? A gente já sabe – muito do nosso olhar já está, e nós sabemos, nessa questão da atenção e do cuidado – a humanização da atenção no cuidado –, mas também nesse lugar que é justamente nas tecnologias de regulação da força de trabalho. Eu queria saber quais são os investimentos que o Ministério da Saúde tem feito com relação a essa área, tendo em vista que para a gente está sendo desafiador discutir pautas que eram da gestão do trabalho e articular de fato com a ação da humanização – inclusive mudamos o nome da Coordenação agora para dar aquela força para a humanização nos processos de diálogo. E agora a gente colocou, Bruno e toda a equipe, denominou Coordenação da Gestão e Humanização do Trabalho na Saúde, justamente para trazer a presença da Humanização para a discussão das pautas de gestão no trabalho.

Essa é uma questão que eu acho que pra gente... Nós precisamos justamente é de boas dicas para fazer acontecer algumas questões lá da diretriz de humanização que é a valorização do trabalho/trabalhador, porque as outras coisas a gente já tem um pouco mais de acúmulo. Estamos no processo. Obrigada.

Gustavo Nunes de Oliveira – Vamos retomar a Mesa, então. Quer falar, Carmem?

4 Mesa de Debate com convidados

Maria do Carmos Cabral Carpintéro – Então. Acho que não tem respostas. Eu queria fazer um comentário juntando as falas e o que me mobilizou aqui. Juntando um pouco a fala do Júlio, da Graça, do seu Geraldo, da Juliana. Eu também concordo que um dos nossos grandes desafios é a divulgação. É falarmos do que dá certo, sem escondermos o que não dá. Mas falarmos mais do que dá certo, mostrarmos mais esse SUS, mostrar esse orgulho, essa possibilidade, e ir tentando com isso trazer mais pessoas, mais gente... Eu estou participando também da Mostra de Atenção Básica e a gente discutiu bastante essa coisa. Não é só a experiência exitosa, é a experiência. O SUS como ele é. Então eu queria trazer uma coisa que para mim é uma forma de juntar: a divulgação, o SUS que dá certo, esse orgulho, com essa discussão da valorização do trabalhador, é trazer o trabalhador para o SUS, para o SUS de verdade. E aí com a grande mobilização do Saúde Mais 10, a gente enfrenta a renúncia fiscal do SUS.

A maior vaia que eu levei na minha vida foi numa greve em Campinas, quando a gente estava discutindo reivindicações do sindicato e uma das reivindicações era plano de saúde. Eu subi dizendo que enquanto o trabalhador reivindicasse o plano de saúde, o SUS não podia dar certo. A gente tinha que tirar isso da pauta. Foi uma vaia enorme. Eu desci meio atarantada, mas muito orgulhosa de ter levado aquela vaia porque não dá pra defender o SUS se eu não uso o SUS. Então eu queria dizer que precisa fazer parte da nossa discussão de PNH o apoio desse trabalhador que reivindica o plano de saúde para si. Esse trabalhador é,

no dizer de um conselheiro de Campinas, o que come no restaurante do vizinho e não no restaurante em que ele faz a comida. Ele faz a comida num e vai comer no outro.

Então, eu queria trazer como contribuição esse olhar. Nós precisamos olhar para essa incongruência, para esse ponto ainda a ser discutido, na discussão com o trabalhador, de que ele precisa ser usuário. Ele precisa, não sei se é abrir mão, parar de achar que o que funciona é o setor privado e sempre querer trazer para as mostras, para os seminários, a experiência exitosa, aquela experiência, mas sim trazer o SUS inteiro, eu estando inteiro no SUS. Eu não usando o SUS só para pegar o medicamento para não gastar na farmácia, ou a hora em que não deu tempo de marcar consulta no meu plano, ou o exame que o meu plano não cobre, ou aquilo que é mais difícil no SUS.

Então, eu queria trazer como contribuição – eu acho que vai ser divulgado, além de toda a possibilidade de trabalhar com a mídia, mas o SUS será tão divulgado, o trabalhador será tão valorizado, tão orgulhoso, quanto mais ele usar esse SUS, quanto mais ele for realmente para dentro do SUS e diminuir essa distância entre usuário e trabalhador, mas no sentido de que, se eu sou usuário, se eu sou trabalhador, se eu sou trabalhador eu sou usuário, fica mais fácil a gente defender e entrar também na campanha dos 25 anos do SUS, na divulgação, porque esse SUS será tão bom quanto nós trabalhadores sermos nele. Eu acho que seria um pouquinho disso também.

Dário Frederico Pasche – A Regina tem uma passagem na carta dela, e a Regina é uma primorosa escritora de cartas – tem um livro que se chama ‘Pistas da Cartografia’. Para quem não conhece, vale à pena. Acho que quem organiza é a Lili, não é? E tem cartas dela, quando em Moçambique em troca com Edu Passos, que são muito lindas. Mas eu acho que tem uma passagem, que a Regina fala que é: ‘Nós sabemos o que não queremos’. Todos nós aqui sabemos. Nós sabemos o que não queremos, inclusive com o conceito de humanização. E uma das coisas de quando afastamos o que não queremos é que nós trazemos para o conceito de humanização um humano que não é idealizado. Esse bom humano, esse bom homem, ele também nos habita, mas outros ‘eus’ também nos habitam. Eu acho que quando a gente traz isso, a gente um pouco se coloca numa posição de que a relação com o outro sempre será uma relação construída.

Uma das questões que construímos para nós como gestores e como trabalhadores é a não possibilidade de manifestação desse eu, do outro, nas nossas organizações de saúde. Eu lembro quando eu falava pela Humanização, quando eu era coordenador, uma vez eu estava num hospital, que tinha grandes confusões, dificuldades de gestão no trabalho, reclamação dos trabalhadores sobre tudo, e eu passo no

corredor e vejo aquela foto clássica: uma enfermeira branca, com um quepe fazendo 'ssshhh', que indica para quem está lá 'não, não faça barulho, não perturbe'.

A bem da verdade, eu vi aquela imagem dizendo o quanto as nossas instituições silenciam a todos. Silenciam a todos. A Medicina clássica silenciou pelas formas da clínica e pela intervenção excessiva da tecnologia, como vocês estão falando. E praticamente não há espaço de manifestação do sujeito, a não ser numa certa inscrição de que tem direitos do usuário. Mas uma clínica compartilhada, uma clínica na qual eu estou imaginando que o outro, que tem necessidades e demandas de saúde, e que eu quero que ele se corresponsabilize pelo cuidado, sem ter algum espaço de negociação comigo e com o outro não é possível fazer clínica. Não é possível. É possível fazer prescrição, é possível fazer uma indicação faça isso, não faça aquilo. Mas efetivamente produzir um campo de cuidado para que o outro, numa relação comigo, se corresponsabilize comigo por cuidar, não é possível.

As nossas instituições são máquinas silenciadoras, inclusive nos espaços onde a gente acha isso absolutamente impertinente, como é, por exemplo, o espaço que a Juliana fala, que é o espaço do parto e do nascimento, onde efetivamente a nossa ação biomédica é um atentado à vida, um atentado aos direitos humanos. Nós regramos a tal ponto que inclusive a boa prática ali não é possível.

Então, uma das questões que nós temos é: as instituições de saúde são muito poderosas e estão muito adoecidas e nós temos de criar dispositivos para as ir desarmando. Eu acho que esse é um trabalho muito difícil, muito difícil, e que não se faz sem esse discurso apaixonado que a Juliana traz aqui, que é esse, talvez, reconhecimento feito por um lado, mas esse preceito da humanização, que a humanização é gradativamente ampliada com o grau de pertencimento das pessoas àquele lugar a que elas estão vinculadas. Boa parte do trabalho executado em saúde é um trabalho silencioso e invisível. A maioria dos trabalhadores da saúde não tem dito nas instituições nem o seu nome, porque não se sabe, e muito menos o trabalho primoroso que realiza. É um trabalho que muitas vezes não tem visibilidade, é um trabalho que não é dizível e é um trabalho absolutamente fundamental. Acho que humanização vem para dizer isso. O trabalho de cada um é absolutamente fundamental. E quando se tem a possibilidade de falar do trabalho, de registrar o trabalho, as pessoas vão se dando conta disso, até o ponto em que esse sentimento de pertença – e não é só um sentimento de pertença ao trabalho – é um sentimento de pertença ao mundo. O sentimento de pertença do valor que essa pessoa tem para si, para a família dele, para quem ele compartilha o trabalho, para quem ele cuida. Vocês estão falando e eu acho que a gente tem de falar que esse sentimento de pertencimento, de que nós somos protagonistas é algo que a gente deveria amplificar

ao máximo nas nossas instituições e, em muita medida, eu acho que nós devemos interrogar nas nossas organizações de saúde as regras que nós temos.

Eu estou pai, hoje, há 16 dias. Nasceu meu filho, há 16 dias. Parto normal, o mais humanizado possível, mas a enfermeira-obstetra que nos acompanhava desde casa foi proibida de entrar no hospital, por uma simples razão: 'ou entra você ou entra o acompanhante que é ela'. Eu, como pai, fui transformado em acompanhante, e o ardil para ela entrar é que ela não era enfermeira-obstetra. Ela podia ser a fotógrafa. 'Ah, então entra'. Tem algo tão arbitrário, que negligencia tanto a vida nas nossas organizações, que são regras. E eu passei duas horas negociando regras com a enfermeira do hospital, com o diretor do hospital.

Eu me lembro que Gastão fez, uma vez, um estudo com os alunos dele sobre as regras dos hospitais. Pegaram as regras dos hospitais, um hospital 'x'. Um ou dois hospitais. Tudo regra: não pode, não deve, não é possível, coisa e tal. E quando pegam essas regras e as confrontam com questões técnicas, elas se tornam absolutamente não possíveis de serem nominadas como regras. São padrões morais, são formas de cerceamento de direitos, elas atentam contra a técnica e, portanto, quando elas emperram nas organizações, elas emperram como processos de humanização. Olhem para as organizações. Temos de olhar para as nossas organizações. São arbitrárias, elas silenciam, são máquinas autoritárias e acho que essa é uma grande tarefa que a humanização tem. E nós temos um jeito de fazer isso. Não é uma tarefa em que queremos produzir o conflito, conflitiva. Essa é uma tarefa que se resolve no coletivo e com enfrentamento, com tensão e não há outro jeito.

Por outro lado, na gestão do trabalho, quase tudo é possível. O problema é que, quando a humanização pauta o trabalho, obviamente que tem questões que são macropolíticas. Nós sabemos que temos várias políticas no SUS em que não conseguimos avançar com radicalidade como avançamos em outras. A gestão do trabalho é uma delas. A precarização do trabalho é algo que não é específico no SUS, mas no SUS é muito forte. Em que pese alguns avanços, inclusive de Ministério Público, nós não conseguimos enfrentar isso ainda. E a privatização do trabalho é algo que está alastrado pelo SUS, até o ponto em que tem secretarias de estado na mão de cooperativas que prestam serviços e que certamente desse jeito a gente não consegue nem promover o trabalho digno, muito menos o trabalho coletivo.

Por outro lado, tem um conjunto de situações nas quais nós não precisamos de novas normativas macropolíticas para melhorá-las hoje no cotidiano do trabalho. Uma instituição privada como a que você fala não tem nenhuma dificuldade de criar políticas de incentivo por resultado, por meta, qualquer que seja. A CLT não proíbe nada disso.

Pelo contrário. Nós temos algumas restrições, mas absolutamente possíveis de serem contornadas na gestão pública. Tem muito gestor por aí criando 14º salário, 15º salário na gestão pública. Então, nós não temos dificuldades nesse sentido.

Uma questão que é absolutamente importante para nós e que às vezes somos questionados, é que quando nós lidamos com esses processos muito complexos, nós lidamos com contradições que são constitutivas desse processo. Nós não valorizaremos o trabalho, sem ampliação da corresponsabilização dos trabalhadores da Saúde. A corresponsabilização é pelo quê? Por um cuidado melhor, humanizado e isso se reflete em meta. Nós aprendemos com o Serafim. Não há nada dito em termos de humanização que não possa ser quantificado e que não possa ser mensurado. E esse é um desafio que nós temos que nos colocar. Senão a humanização pode cair desse lado de que é uma humanização que não contrai responsabilidade. Não existe humanização sem contração de responsabilidade de lado a lado: pelo usuário do cuidado, na corresponsabilização pelo cuidado, no gestor pela corresponsabilização também e do trabalhador da Saúde, inclusive com melhoria do seu próprio trabalho. O discurso, muitas vezes, de que ‘aqui não há condições e por isso eu não posso fazer melhor’ é um discurso que atenta contra uma ética que funda o trabalho em saúde, que é a defesa radical da vida, como diz Gastão. Obrigado. (Palmas)

Gustavo Nunes de Oliveira – Eu acho interessante que toda vez que a gente vai para o debate aparecem as pautas sociais, do trabalho, mídia, redes sociais. Humanização é isso. Está muito além da discussão do tipo de atendimento que se faz, em que contexto, e como isso se constitui na vida das pessoas. Eu acho que a preocupação com a questão das UPAs é muito pertinente. Há forças no SUS que acham que pegar e formar as pessoas no sentido da capacitação dá conta dessa demanda. Quem já trabalhou num serviço de urgência e emergência sabe que isso não é verdade. Às vezes os profissionais têm condições técnicas do saber da intervenção em si, mas não conseguem lidar com essa discussão e com essa relação com o público. E uma UPA não é só sala vermelha. Pelo contrário.

Então, acho que o grande desafio é exatamente isso que o senhor falou, seu Geraldo: como preparar a rede, como preparar os profissionais. E nesse preparar eu coloco uma dimensão de formação mais complexa. Na verdade, não implica só ofertar um curso, mas implica uma corresponsabilização entre governo federal, estados e municípios para acompanhar de perto esse serviço, senão vira o que é o tradicional, a queixa-conduta e a tocação de ficha na porta do serviço. Então, acho que isso vai para além de uma pauta de formação.

Nós temos tentado, com o tamanho que a PNH tem hoje dentro do Ministério, trabalhar com os estados e municípios para que os estados e municípios ganhem capacidade de fazer isso e melhorem a sua capacidade para isso. Agora a PNH é uma das questões. Nós temos outras questões do ponto de vista técnico e político que precisam ser agregados. Ou seja, para uma emergência funcionar, nós precisamos na verdade desfragmentar as políticas de formação, de gestão do trabalho, de monitoramento e de avaliação e especificamente as questões técnicas para que o serviço tenha condições de chegar ao seu potencial máximo e de melhoria da qualidade.

Eu também acho que, para a gente vencer o autoritarismo, nós vamos precisar, nas instituições, como o Dário coloca, pensar como a gente recoloca a discussão do trabalho. O trabalho virou uma coisa que é antítese da vida, virou sinônimo de emprego na nossa sociabilidade. As pessoas não consideram mais o trabalho como uma forma de se produzir como sujeito. Consideram o trabalho na dimensão do emprego. Aí não tem solução mesmo. Aí fica difícil de engajar desejo em algo que eu faço para poder viver em outro lugar. Então, essa separação do trabalho e da vida e essa objetivação do que é o trabalho numa noção de um vínculo empregatício, empobrece a vida, empobrece a sociabilidade. E no campo da saúde isso destrói qualquer condição de expressão de uma vida produtiva no trabalho, porque este trabalho é, sobretudo, relação social.

Então, nesse caminho eu acho que essa coisa da mídia negativa, que foi falada aqui. Acho que os dirigentes no País têm tratado a mídia negativa de maneira reativa. Ou seja, como que a gente evita a mídia negativa? Porque a mídia negativa traz não só os problemas. Muitas vezes ela traz a amostra, a dificuldade de um envolvimento afetivo e coerente com o próprio SUS. Muitas vezes, uma ação reativa com a mídia negativa é a constatação de que o dirigente ou o trabalhador não acreditam que pode ser diferente. Então fica uma coisa de evitar a mídia negativa. Eu acho que a gente tem de trabalhar numa linha desejante, numa linha de produção de vida. Vamos produzir uma pauta positiva. Vamos produzir uma pauta coerente com as produções que a gente vê nos territórios. Como a Carminha colocou, elas têm problemas e têm produções muito interessantes. E aí eu acho que é muito importante essa questão de dar espaço para uma possibilidade de engajamento, mesmo que ela seja num espaço contraditório, sem condições efetivas, concretas, estruturais, mas que ela possa engatar uma produção de vida. Se engatar uma produção de vida, aí há possibilidade de construir democracia e de vencer os espaços autoritários. Porque aí não se conta hora, aí não se conta trabalho, embora tudo isso seja questão que constitui a possibilidade, que constitui também, reforça, potencializa o engajamento.

Então, do mesmo jeito que a gente enfrenta a precarização, e com muita dificuldade; do mesmo jeito que a gente enfrenta a necessidade de formação; do mesmo jeito que a gente enfrenta dificuldade no atendimento, nós precisamos enfrentar a necessidade de reengajar o trabalho em saúde com a vida. Isso só é possível na nossa sociabilidade se for feito com o usuário, com o trabalhador e com o gestor. Se não for feito junto, isso se esgota logo em seguida. Quando a gente abre uma janela para dizer: 'Olha, nós estamos fazendo o melhor que podemos, cada um de nós'. Mas, quando a gente junta, a gente consegue superar o que cada um de nós pode e, então, constitui-se uma força de coletivo, e isso pode ganhar visibilidade pública. Tem mais potencial de ganhar visibilidade.

Eu acho que as experiências que estão aqui hoje, elas estão não só porque são boas experiências, mas porque elas ativaram algo que é para além de uma pessoa, que é para além de um autor. Até a questão da autoria vira um problema. É para além de uma boa experiência. Ela é uma produção de um engajamento com o SUS, com a vida, com a saúde e com o tipo de sociabilidade que a sociedade brasileira está disputando e com muita violência, e com muita violência. Nós não temos mais aquela violência institucionalizada e política da ditadura, mas nós temos a violência instalada contra as populações que não concentram poder neste país. Nós temos a violência institucional instalada nas relações de trabalho, como já foi colocado aqui várias vezes. Então, a ditadura neste caso continua. O autoritarismo continua. E para vencer isso nós vamos ter de decidir a sociedade que a gente quer.

E eu acho que a Política de Humanização vem tentando trabalhar num certo sentido, que aí cada um de nós que está aqui precisa ver se é por aí mesmo ou não. Por isso a gente está sempre se colocando à prova e sempre se jogando no território para ver o que dá. Para ver se o que a gente prega, se aquilo que a gente fala, se os dispositivos que a gente diz que são potentes são mesmo potentes. Se não forem, não valem de nada. Não são dispositivos. É isso.

Acho que a gente precisa ir almoçar para a gente continuar a programação à tarde. Ainda tem muita coisa. Eu queria agradecer muito esse espaço, a paciência e o engajamento de todos nessa discussão. Obrigado. (Palmas)

Fotografia 5 – Participantes recebem kit de publicações da Política Nacional de Humanização



Fonte: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, pedimos que seja entregue na saída do auditório a ficha de autorização do uso de imagem, por favor. E não se esqueçam de que nosso horário de retorno está programado para as 14h.

INTERVALO

Mestre de Cerimônias – Solicitamos a todos que desliguem os seus celulares ou os coloquem no modo silencioso. Dentro de instantes retomaremos as atividades do Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização.

5 A PNH nas Redes de Atenção à Saúde

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, boa tarde! Retomando os trabalhos do Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). A atividade está sendo transmitida on-line, na sala de eventos da Rede HumanizaSUS – <www.redehumanizasus.net>.

Informamos, também, senhoras e senhores, que todos os assuntos, falas, pronunciamentos, apresentações, exposições, tudo o que está sendo tratado neste Seminário, será utilizado como matéria-prima para compor um livro sobre os 10 anos do HumanizaSUS. Este livro tem previsão de lançamento para o início de 2014 e a ideia é a distribuição a todos os que estão aqui presentes, além de disponibilização na internet, a fim de dar ampla divulgação.

Convidamos para falar sobre a PNH nas Redes de Atenção à Saúde, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Miranda. (Palmas)

Helvécio Miranda (secretário de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde)
– Boa tarde! Vou falar sentado aqui para ficar igual a todo mundo, mas também porque eu estou muito cansado. Deixa eu pegar a minha cola aqui, porque o Gustavo ficou com medo de eu falar bobagem e me deu uma cola aqui grande. Vocês não precisam ficar preocupados não, porque isso aqui tem outras coisas que eu li um bocadinho. Agora eu já perdi. Perdi mesmo. Agora estou frito. Vai assim mesmo.

Eu queria dar um abraço em cada um, cada uma, em nome do Ministro Padilha. Agradecer a presença. Já tive notícias do sucesso da primeira etapa, do que vocês já trabalharam e debateram. Muito brevemente, não vai ser uma palestra, um pouco de algumas considerações, para marcar e declarar a nossa posição na Secretaria de Atenção à Saúde, no Ministério da Saúde. A Cathana agora me salvou com um pedaço da cola, mas isso aqui já resolve. Está vendo, eu cuidei tanto dela que eu deixei ela guardada na mesa. Mas teve um ensaio também. É brincadeira. Declarar o caminho um pouco mais do ponto de vista da direção da SAS para esta etapa que nós estamos.

É muito importante esse balanço que nós estamos fazendo desses 10 anos da Política Nacional de Humanização. Temos feito isso em várias políticas do governo federal com essa agenda dos 10 anos dentro e fora do Ministério da Saúde. Comemoramos recentemente os 10 anos do Bolsa Família, que tem uma participação grande da Saúde no País afora. Estamos, na semana que vem, comemorando os 10 anos do Samu. No ano que vem também tem 10 anos do Brasil Sorridente e do Farmácia Popular, enfim. Além da comemoração, que é justa, é um pouco um balanço, um olhar no retrovisor, ver o que fizemos, principalmente alinhar, calibrar esse conjunto de iniciativas para o futuro, considerando que estamos determinados – isso é uma primeira declaração – a levar adiante e ir avançando a Política Nacional de Humanização, reconfigurada cada vez, dialeticamente, com as mudanças de cenário e com as suas diversas possibilidades. E também ir fazendo ajustes a medida em que nós vamos fazendo, refazendo e pactuando, na verdade, nacionalmente, as prioridades com estados e municípios, em relação ao conjunto da Política Nacional de Saúde.

Nós temos também – para mim é a principal referência – nos detido em vários momentos, em vários espaços, a certa reflexão, um balanço dos 25 anos do SUS. É a grande moldura que temos que nos alinhar para debater, refletir e dar esse balanço nas políticas específicas ou setoriais. Eu quero começar falando um pouquinho disso para, muito rapidamente – é claro que só esse tema de falar dos 25 anos do SUS esgota seminários e seminários. Mas eu quero que seja a nossa moldura de reflexão.

Primeiro, nós precisamos necessariamente reafirmar que estamos, nesses 25 anos dessa conquista importante para os brasileiros, que o Sérgio Arouca chamava de marco ou avanço civilizatório, de ter optado não só por um sistema nacional público de saúde, mas colocado na sua Constituição. Essa é a primeira questão importante, porque mesmo os países que de certa forma nos deram alguma referência – toda a Europa, Canadá, Austrália –, não constitucionalizaram o direito. Isso não é pouca coisa. Se a gente lembrar que os ataques que a década de 1990 assistiu ao SUS, não teria sobrevivido se não estivesse constitucionalizado. A proteção dos três quintos do Congresso Nacional foi vital para sobrevivermos como sistema

e como política ao ataque liberal dos anos 1990. Não só resistimos, como avançamos em pôr na Constituição a primeira marca do financiamento, que foi um problema na Constituição. Só falamos do financiamento nas Disposições Transitórias, o que é um problema até hoje. Aliás – não é, Geraldo, nosso grande conselheiro, Geraldo Adão –, é um gravíssimo problema. Não é o único, mas é um gravíssimo problema.

Mas nós temos que falar desses 25 anos, como os 25 anos da própria Constituição, da democracia brasileira, do município criado como ente federativo. É bom lembrar que até a Constituição, o município era divisão de estado, não era um ente federado. Portanto, municipalização, município como ente federado e SUS são irmãos e da democracia. Isso não é sem sentido. Isso não é à toa, não é coincidência histórica, até porque a história tem muito pouco de coincidência.

Mas nós temos de deixar claro, nós que defendemos o SUS como processo permanente civilizatório e de política pública para o Brasil, deixar claro que nós temos uma plataforma. Se a Constituição já foi uma plataforma de direitos, e foi – pode não ter sido no ideal, no melhor formato, mas não deixou de ser uma plataforma, além da democracia moderna brasileira, de ser o marco legal da luta contra a ditadura ou de redemocratização do País – é uma plataforma com conjunto de direitos, incluída aí a Saúde. Essa plataforma, certa plataforma de direitos, não deixa de ser para nós, nesses 25 anos, por mais tendenciosas que sejam as análises contra o Sistema Público de Saúde, as avaliações levam a avaliações muito positivas.

Nós estamos partindo, eu diria como um ponto de partida, de uma plataforma de vitórias, de conquistas, de que nós não podemos abrir mão e temos de trazer a cada momento, em cada conselho, em cada debate, na imprensa, nas conferências, esse conjunto de vitórias para a arena do debate político.

Não pode ser um problema em termos de números – ficaríamos dias e dias falando dos problemas, vocês já falaram deles aqui hoje. Nós não podemos debater e enfrentar com sinceridade os problemas que temos sem ser a partir de uma plataforma de vitória positiva para o povo brasileiro. É claro que as avaliações variam, mas os dados objetivos, concretos, nos levam a essa constatação. É claro que falando também de um lugar, de um ator assumidamente implicado com esse caminho. Mas é importante ter esse referencial, porque, no meu ponto de vista, nos autoriza, com mais segurança, a admitir e a enfrentar os enormes desafios. E essa progressiva ou cumulativa Política Nacional de Humanização tem de ser parte da solução desses desafios, um conjunto de ferramentas para o enfrentamento desses desafios dos próximos 25, dos próximos 50, dos próximos 75 anos, 100 anos do SUS e do País.

Eu tenho muita segurança de dizer que, o financiamento é um problema grave, dramático. E não é por estar numa posição de governo que a gente não tem de admitir isso como um problema grave. Na distribuição federativa, os estados, considerando um mandamento constitucional, só muito recentemente passaram a cumprir a Constituição. Mas os municípios já vêm cumprindo há muito tempo. Não tem para onde fugir. Não dá pra falar que o problema é do distrito ou da vila. Município não tem para onde ir. O estado ainda fala que é o município, a União ainda fala que é o estado, o município. Enfim.

Evidentemente que este debate se assenta neste momento, por várias razões, na disputa do orçamento federal. A chance de crescer está no orçamento federal, neste momento. Claro que isso é uma disputa permanente. Aliás, estamos neste momento em disputa no Congresso Nacional sobre o novo padrão, formato e volume de financiamento do SUS já para 2014. Financiamento é um problema grave. Nesse primeiro bloco eu sempre coloco a questão da organização do sistema, das lógicas organizativas. Se para mim a municipalização foi salvadora do SUS, a pulverização perdeu lógica de resposta adequada ao conjunto das necessidades. Porque se nós temos a universalidade como primeiro princípio, a busca da integralidade o segundo princípio, ele, necessariamente para ser cumprido, não se dará no espaço territorial de cada município. Portanto, cumprir integralidade é avançar nas questões das regiões de saúde. E eu que venho do movimento municipalista, de ter presidido o Conasems, falo com toda a tranquilidade, porque eu falava como presidente do Conasems. A municipalização se completará na região de saúde.

A municipalização, nós cunhamos esse termo na nossa primeira tese no Conasems, em 2007, a municipalização brasileira é incompleta, porque ela não se completou, primeiro, com o apoio do estado; segundo, na conformação de regiões de saúde. Isso nos fez e nos faz perder potência e perder eficiência na melhor qualidade do gasto do pouco dinheiro que nós temos per capita para a Saúde. Tem repetição, tem competição, tem pouca solidariedade, tem disputa do grande com o pequeno, tem disputa do pequeno com o pequeno e tem pedaços de território, que não são regiões na verdade, com outros pedaços.

Então, o bloco financiamento de gestão e organização do sistema, para mim, tem muito a ver com isso. Do volume de gastos se dá a qualidade do gasto em saúde. Nós temos de avançar – começamos a dar um passo com o decreto que regulamenta regiões, com a tentativa de estabelecer regras mais claras e harmoniosas de convivências entre os gestores, dar transparência a isso, dar ferramenta para o controle social, que não é só o Conselho. É Ministério Público, é imprensa, é cidadão comum, é ouvidoria, é rede social. Acho que nós temos – não é, Geraldo? – que amplificar o conceito de controle social. É twitter do Ministro

que descobre as coisas acontecendo e nos mandam olhar. Isso tudo é controle social. Enfim, esse bloco é muito importante. Nós temos de avançar muito nos formatos organizacionais, regimes jurídicos únicos, que, ainda que sejam bandeiras sindicais importantes, não dão conta da complexidade da diversidade do sistema. Nós temos um misto público/privado exótico. O privado opera por dentro do sistema e por fora do sistema com vários comunicantes graves. Tem renúncia fiscal clara e tem renúncia fiscal obscura. Tem muita confusão.

Esses arranjos todos federativos e do misto público/privado, que a Constituição nos deixou, perdem potência na qualidade do gasto. Não temos um operador regional claro, um algo, uma instituição que advogue verdadeiramente pela integralidade do cuidado para o conjunto dos cidadãos, especialmente os cidadãos dos pequenos municípios. Nós, sem querer, reconstruímos cidadãos de duas categorias. Antes era o da carteirinha do Inamps e o indigente. Agora tem cidadão do grande município e tem cidadão do pequeno município. Tem cidadão que depende da PPI, meia, tomografia nos próximos seis meses e fica horas na CIBs, na CIR. E é o formato. É o emaranhado normativo em que nos metemos para usar esse recurso do SUS. Esse é um bloco importante.

O segundo bloco, com o terceiro. O segundo eu sempre começo invertido. Eu prefiro falar da atenção, do cuidado, depois das pessoas, das equipes, depois do financiamento, para provocar um pouco esse debate, porque não é só financiamento. Mas esses outros dois blocos de desafios eu gosto de centrar na questão da atenção e do cuidado. Nós estamos por construir um sistema público de cuidado. Hoje eu dava uma entrevista longa. O Banco Mundial fez uma avaliação e tem muita incorreção em algumas coisas, em outras não, de 20 anos do SUS. Esse balanço vai ser publicado agora num grande jornal e eu estava fazendo o contraponto pelo governo federal. Eu diria um pouco que nós não somos, não nascemos um sistema harmônico, uma rede integrada, pontos de atenção que conversam, que dialogam, tem fluxos de informação. Nós nascemos de um amontoado de serviços. Nós somos frutos da somatória da filantropia com os postos de saúde das prefeituras, dos estados, o Funrural, o Inamps em si e Inamps terceirizador para o setor privado brasileiro, das universidades, da Fundação Cespe, da Sucam, esse amontoado é o que virou o SUS como partida. Transformar isso numa rede é o nosso enorme desafio. E transformar numa rede que seja, tenha os seus pontos de atenção como centros de cuidado centrados no usuário é um enorme desafio. Sair da lógica do procedimento somatório para chegar numa pessoa, para começar da pessoa para buscar procedimento que, conforme cuidado, é um enorme desafio.

Portanto, a questão do modelo – esse nome ficou mais famoso –, do jeito de organizar a atenção, a assistência, o cuidado, a partir de reconhecer a riqueza, a potência, mas sair do discurso de que a atenção básica é

porta de entrada preferencial para torná-la atraente de verdade, sair das casinhas do Saúde da Família, que salvaram o SUS, é verdade, e salvaram muitas pessoas e cuidaram muito das pessoas, mas heroicamente, quase numa situação de guerra permanente. Dotar realmente a atenção básica de estrutura, de tecnologia, de reconhecimento, de dignidade, para que ali se produza, com o usuário e o trabalhador, cuidado – cuidado que significa atender necessidade expressa em demanda ou não.

Essa possibilidade de uma atenção básica robusta, reconhecida, que tem a mínima chance de coordenar o cuidado, porque a coordenação do cuidado, vocês sabem, tem disputa permanente, inclusive a família também disputa, e com razão, a bem do usuário, os serviços especializados disputam, os serviços de referência de câncer disputam, o hospital disputa porque quer tomar tudo sempre, do ponto de vista da centralidade do sistema. Então dotar essa atenção básica de um projeto legitimamente cuidador não é uma tarefa de 25 anos. Eu acho que nós começamos a fazer isso. Começamos a fazer isso e estamos ganhando mais velocidade nessa tarefa secular. Nós não tínhamos, como o sistema inglês, uma guerra, uma destruição física das cidades, dos campos, e montou-se no Reino Unido um sistema a partir da destruição. Nós não estávamos assim.

Então, esse refazer o Sistema Nacional de Saúde na lógica de um sistema único, com a herança constitucional da Federação e do setor privado operando, não é uma tarefa simples. E sempre pensando em 200 milhões de pessoas, sempre pensando em todos, mas tratando de forma desigual os desiguais. E com isso – para mim é o terceiro vértice do triângulo, além desse primeiro que eu falei mais estrutural, financiamento de gestão e organização do sistema – esse modelo de cuidado, mas que é operado por pessoas, que é centralmente o grande desafio nosso.

Tem um dado que é absolutamente impressionante. Os municípios brasileiros passaram em 10 anos de 90 mil servidores para 1,3 milhão. Em 10 anos. Isso é nada na história. É nada na história. Isso não é pouca coisa. E qual foi a forma de fazer isso? Contratações as mais variadas possíveis e cada dia a gente sabe de uma delas. Contratos os mais exóticos, quando existem, possíveis. E formação absolutamente diversa. Nós tivemos uma desconexão entre o avanço da oferta de serviços de saúde no SUS da formação das pessoas. Nunca se conversou. O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que nasceram no mesmo ministério, no governo democrático de Getúlio Vargas, deram-se as costas durante décadas. Essa é a verdade. O planejamento da Educação pública brasileira nunca foi casado – no caso dos cursos da área de saúde, para falar do nível superior, mas no nível técnico o desastre é muito maior, tecnológico, nem se fala – com as necessidades. O grande dilema do esforço agora do ‘Mais Médicos’ é casar uma coisa com a

outra. O descasamento foi tão grande, a desconexão foi tão grande, que nós não conseguimos juntar uma coisa com outra.

Então você forma seres para o mundo e tem outro mundo na assistência. E esse encontro tem sido – vocês acompanham no dia a dia – um desastre. E o efeito dessa fricção, as faíscas que saíram desse mundo de um lado da Educação e outro mundo da Saúde, ou das necessidades de saúde, essa faísca atua ou atinge os usuários. Para não dizer que os cursos nascem e operam de forma absolutamente corporativa e fragmentada, de um dia para o outro, como se fosse uma mágica. Vocês convivem com isso, em cada área de atuação que a PNH observa, intervém e apoia. De um dia para o outro você tem de trabalhar em equipe, como se isso fosse dado, fosse natural do ser humano, o seu DNA já tivesse uma forte vinculação com o ato de trabalhar em equipe. Não é verdade. Pelo contrário. Vamos ser sinceros. Não é assim. E essas faíscas todas atingem o usuário.

Isso para mim é parte da explicação da insatisfação dos usuários com o sistema, mesmo sendo atendidos, mesmo não tendo barreira formal de acesso. Essa confusão que se dá nesse momento, desse encontro tão singular que era para produzir cuidado e não necessariamente produz, ou pelo menos produz algo que não atende àquelas necessidades que são as mais variadas mesmo. Não é sempre o que nós, técnicos, gostaríamos que fosse ou que planejamos, na verdade. Então, esse enorme desafio – nós estamos falando de 3 milhões de pessoas, pelo menos, diretamente envolvidas, é um desafio muito grande. É secular também. Mas não é para desanimar. Como eu falei lá atrás para me defender de que nós estamos partindo de uma plataforma de vitórias, mas é para nos animar a enfrentar esses desafios.

Eu estou falando isso tudo, para ir encerrando – nem falei do tema –, para dizer que nossa opção clara, neste governo, não é invenção teórica, não queremos autoria de nada, é de que nós centramos, sob o lema que nós escolhemos desde a transição, dialogando ainda com a recém-eleita Presidenta Dilma Roussef, com o Ministro Padilha, até antes de ser com a equipe que cuidou da transição, nós escolhemos o tema ‘Acesso e Qualidade’, desde a transição do governo, e entramos no governo com essa disposição. Não sabíamos direito como íamos fazer para dar liga nisso e como operar cotidianamente para buscar esse objetivo de ter acesso e qualidade para o povo brasileiro no SUS, com todos esses paradoxos e insuficiências que temos.

E a nossa escolha para buscar atingir o ir na direção de ter acesso e qualidade foram dois movimentos. Primeiro fortalecer, cada vez mais – também não é movimento inédito –, e colocar no centro da gestão do Ministério a atenção básica. No centro. Queríamos ter feito mais nesses três anos, mas fizemos o que foi possível para pôr no centro.

Não tem um debate no Ministério em que não temos a atenção básica sendo discutida. Isso eu posso garantir. Não é letra de portaria começar a falar da atenção básica apenas mais. A demonstração concreta disso está no orçamento. Prioridades que não estão no orçamento não são prioridades. É discurso, é intenção. Nós colocamos no orçamento.

Nós temos dois grandes orçamentos na SAS: da atenção básica e da média e alta complexidade e outros pequenininhos. Nunca se aproximou tanto, já foram três, quatro vezes em pouco mais de dez anos, ou há dez anos. Hoje nós não temos nem uma e meia vez mais o orçamento da atenção básica com o orçamento da média e alta complexidade. Imagina o que é sofrer cotidianamente, porque usando uma matriz que ainda está válida no meu entendimento marxista de análise, a reprodução do capital dá-se na média e alta complexidade. Na verdade, na alta complexidade. É ali que é o foco do complexo industrial da Saúde e a reprodução do capital.

Portanto, vocês imaginam a pressão que é crescer menos desse lado, para crescer, porque o montante é o mesmo, as variações ano a ano são as mesmas, a atenção básica. Isso está expresso na execução. Não é nem nas propostas orçamentárias, na execução orçamentária. Mas isso só não basta. Acabei de falar que dinheiro só, dependendo do jeito, pode ser nada. Nós optamos primeiro por não ficar presos a que tínhamos que continuar crescendo, com o mesmo grau de inclinação, as equipes de saúde da família. Isso não foi fácil. A tentação do governante é mostrar no seu período de governo números que mostram crescimento. Nós fizemos uma opção clara difícil de optar: o crescer a qualidade. Claro que crescemos, mas nunca descredenciamos tantas equipes de Saúde da Família. São 4,5 mil por mês nesses anos, porque elas são de mentira. Não é para ser. Enfrentar a realidade. Mas temos um saldo positivo. Significa que a gente, além de tê-las mais verdadeiras, elas cresceram. Mas investimos pesado na questão da ambiência física com o Requalifica. Não é pouca coisa intervir em algum estágio em 23 mil Unidades Básicas de Saúde em três anos, das 45 que existem. Quarenta e cinco mil. São 23 mil intervenções com reforma, ampliação e construção. É tudo pouco com relação à demanda, mas é muito significativo. Na questão da ambiência, na questão do cuidado com o ambiente, da acessibilidade com a tecnologia da informação.

Aliás, tenho uma notícia em primeira mão. Acabamos de fechar, depois de um ano e meio, é sempre assim, a licitação – fechamos hoje de manhã – que o Ministério das Comunicações está fazendo, uma mega licitação em que todas as teles grandes do mundo estão envolvidas com a operação no Brasil, para ter banda larga custeada pelo governo federal em 14 mil unidades básicas. Então teremos, a partir de agora, banda larga bancada pelo governo federal em 14 mil. Todas as que aderiram ao Pimac. Nós vamos garantir depois em todas para circular dados,

circular imagens etc. Então, esse conjunto, além do e-SUS à atenção básica, a questão do barramento, do cartão nacional, do número único, a modernização do sistema, fundamentalmente da interligação, da interoperabilidade do sistema para dar ferramentas. Falar de rede, falar de atenção básica como sendo a rede sem ferramenta, sem ordenamento real, sem prontuário eletrônico, sendo possível daqui nos próximos anos ter prontuário eletrônico único, em que todo mundo entra nele e tal, com as regras de segurança e confidencialidade.

Então esse foi um investimento maciço e mais na questão do Pimac, que verificou condições objetivas, físicas, estruturais, de equipe, de funcionamento, de processo de trabalho, conversando com o usuário em casa – mais de 70 mil entrevistas, mil examinadores medindo, fotografando, vendo se tem o remédio mesmo, se acompanha a gestante, se capta a gestante, se quem colheu o cérvico-uterino viu o resultado e foi atrás, os diabéticos e os hipertensos, as crianças etc. Acho que isso foi uma aposta grande na qualidade, na viabilização de algo que signifique mesmo o centro da rede essa questão e dobrar até a remuneração para isso, variando com os resultados e mais recentemente o enfretamento, que vocês estão acompanhando, que não é só simbólico – significa um reposicionamento do estado brasileiro com o tema do ‘Mais Médicos’. Porque não é só trazer médicos especialmente cubanos para completar as equipes e cuidar das pessoas, garantir acesso e atenção adequados, mas é uma inflexão importante na política de ensino médico no Brasil, no papel regulatório do estado brasileiro, do número de vagas, da distribuição e da interiorização das vagas, das vagas de pós-graduação, da universalização da residência médica e multiprofissional progressivamente.

Ou seja, esse bloco foi a nossa primeira grande, é permanente e a gente espera que ela continue, para buscar acesso e qualidade. E o segundo, as redes de atenção. Quer dizer, se esse núcleo central, inteligente, coordenador do cuidado vai cada vez mais se solidificando... Ah, mais uma coisa. Eu estava discutindo com o Ipea, com um grupo de especialistas, propus desde a Abrasco, uma oficina que fizemos em Porto Alegre, pensar a atenção básica nos próximos dez anos. Nós estamos fazendo essa prospecção, 10 e 20 anos, na verdade, e mirando lá na frente uma equipe para 2 mil pessoas. Com a confusão do ‘Mais Médicos’, nós aproveitamos a deixa e já pusemos na portaria que já é possível ter uma equipe para 2 mil pessoas. Nós autorizamos, porque era vedado, 3,5 mil, depois passamos para 3 mil, em 2011, na nova política nacional, e já está em 2 mil. É claro que depende muito do município, porque ele é o maior financiador. Não vamos ficar cobrando do município fazer aqui para 2 mil. Mas se fizer, nós vamos financiar junto. Essa é uma aposta importante. Essa é uma clareza que é para cuidar de verdade, cuidar integralmente, se responsabilizar pelo cuidado, com a riqueza que é ter equipe e não ter só médico.

A gente não imaginava lá atrás, na hora de definir por equipe de Saúde da Família e não por médico de família – foi uma opção brasileira sábia – e não sabíamos direito que, depois, 70% da carga de doença era crônica e que equipe é uma riqueza. Os ingleses, os cubanos estão apertados agora com só médico. Como é que cuida de crônico? Nós estamos com mais capacidade para fazer isso de forma eficiente, com equipe multiprofissional. Saímos de 400 para 2 mil e 400 em um ano e meio. Não é pouca coisa. Adensando tecnologia leve humana, de equipe multiprofissional na atenção básica cuidando, orientando, matriciando. Então, esse é o primeiro ponto. Ir articulando numa região de saúde – e aí vocês conhecem bem os dispositivos –, as chamadas redes temáticas. Optamos por algumas, temos sempre que fazer uma opção, tem algo de política, de decisão política de enfrentar, dialogando com a própria Presidenta da República, e a lógica das grandes necessidades do sistema mesmo, as mais prementes. Não quer dizer que as outras todas não sejam importantes.

A opção por começar pela Rede Cegonha foi uma decisão pessoal da Presidenta da República. Ela nos orientou – orientou é jeito de falar –, ela nos determinou que não se lançasse nada antes do Cegonha, e foi a primeira mesmo. E câncer a mesma coisa. Dentro das crônicas. Aí nós reformatamos para o câncer ser parte das crônicas, porque é verdade, mas tem um peso muito grande. Tem algo do ponto de vista humanitário e assistencial também muito importante, muito relevante. A questão da urgência é óbvia. Não é só porque é um momento maior de todas as aflições que o ser humano passa ao buscar assistência de qualquer jeito. É possível que nas portas de urgência seja um dos ambientes mais catastróficos, mais afrontadores de direito, inclusive direito humano básico. Nós temos que tratar ainda as situações das portas de emergência como afronta aos direitos humanos. É disso que temos de falar com toda a tranquilidade, sem nenhum ataque. Só de constatação e de buscar interferir. Vocês são parte desse processo e nós estamos fazendo essas apostas. O dilema de enfrentar reconfigurando, reafirmando os princípios, mas reconfigurando a Rede de Saúde Mental para dar conta de algo que não se dava conta. A reforma psiquiátrica brasileira, vitoriosa também nos seus aspectos fundantes, não dá conta com os mecanismos clássicos de dependentes de crack. Não dá conta. O Caps rechaça. O Caps tradicional rechaça. É isso que nós estamos vivendo, infelizmente. Reconfigurar então nos marcos da reforma psiquiátrica brasileira emancipatória, tudo o que ela tem de bom, mas dando um jeito de atender dependente químico, abrindo as portas, fazendo novos dispositivos, novas tipologias, reconhecendo alternativas assistenciais. Mas se configurando como rede.

A Rede de Saúde Mental brasileira não é uma rede. Não é. Muitos e muitos dos Caps, vocês acompanham isso nos territórios, são autistas. Não dialogam com ninguém. É uma constatação infeliz. Agora, enfrentar

isso não é destruir o conceito do Caps. É fazê-lo ser mais potente ao interagir com a atenção básica. Ao ser apoiador, aliás, o 'a' não era de assistência. Era de apoio, quando ele foi fundado. Depois virou uma unidade, que é importante, evidentemente. Unidade física. Mas, torná-la cada vez uma rede, nós estamos enfrentando essa discussão em cada estado. Não tem sido fácil. Há uma tendência ao isolamento, até porque é tão contracorrente também, que tem que se defender. Mas ao se defender não pode ser autista. Então essa é uma questão dos temas, da Cegonha, das doenças crônicas, da urgência, da psicossocial. E a última que a gente escolheu para enfrentar nesse período de governo, foi também uma dívida, talvez a maior dívida que o Sistema Único de Saúde tem de assumir, não só ele, mas ele também. Talvez a maior dívida que o Sistema Único de Saúde tenha com a população brasileira, seja com as pessoas com deficiência.

Nós assumimos essa dívida ao falar que há 26 milhões de brasileiros e brasileiras que têm deficiência média e grave e que não têm uma rede que olhe para eles, que não têm uma atenção básica com 40 e tantas mil unidades, que não têm potência para atendê-los em alguma fase de sua vida. Que tem centros também apartados de reabilitação de entregar órteses e próteses e por aí vai. Então, fazer a rede de cuidados do Viver sem Limite, que é a parte da saúde, está sendo uma experiência também contra-hegemônica, contracorrente muito bacana, mas dando voz inclusive à parte do movimento social, que ficava muito escanteado, mesmo dentro dos conselhos de saúde. Era sempre visto como algo que incomodava muito. Incomodava porque não tinha resposta nenhuma quase. Eram raros os municípios que por iniciativa própria e financiamento próprio davam alguma resposta.

Então essas redes temáticas encontram com o centro de atenção básica o nosso jeito, a opção política dessa gestão, de enfrentar o tema do acesso e da qualidade. E centrando bem no debate que vocês todos estão diretamente envolvidos, a Política de Humanização passa a ter, de forma absolutamente transversal, papel cada vez mais relevante no nosso entendimento, na operação real dessas redes. Cada ponto de atenção, e alguns são mais dramáticos que os outros – depois reafirmo as nossas prioridades –, exige ferramentas, dispositivos, acúmulo teórico, acúmulo de debate e capacidade de apoio, para se organizar da melhor forma para ser um ponto de apoio cuidador. Esse apoio decisivo é que vocês, como apoiadores relacionados de alguma forma, as mais variadas, com a Política de Humanização, têm condição de serem atores estratégicos. Só vai ter rede de verdade, que faça sentido aos usuários, diferente de um amontoado de serviço, se a gente tiver todos esses princípios da humanização operando cotidianamente, cada vez mais sendo hegemônicos e não marginais. (Palmas)

Eu acho que isso é uma constatação vinda de uma formulação não só teórica, vinda do nosso acúmulo de que vocês são parte. Esses dez anos levaram a isso. Eu acho que essa reflexão para mim é central. Por que esse acúmulo de dez anos de inúmeras, milhares, podemos dizer, de experiências que, por mais ricas – é duro falar –, por mais potentes, mais consistentes, mais bonitas, ficaram marginais? Porque não é o centro do debate, não é o centro da rede, não é o centro da política. Ir fazendo essa transição, para ir usando todo esse acúmulo, para ir dando potência a uma rede que seja uma nova rede de saúde, acho que é o grande desafio, que evidentemente com os nossos limites a gente não consegue, até porque não é algo que se faz por atacado, não se importa – essa não tem jeito de trazer nem de Cuba – aos milhares. Não tem jeito de importar milhares de apoiadores. Quem dera, não é, Gustavo? A gente podia fazer um programa ‘Mais PNH’. Mas, veja bem, é possível ir crescendo, é possível ir crescendo mais como centro da rede. E pela escassez, pela dificuldade – como eu disse, não é só ir aumentando o número que resolve, é um processo que tem de ser feito, mas não dá resultado de um dia para o outro – nós optamos para centrar fôlego em algumas ações.

Ao se observar bem são situações onde as pessoas estão mais vulneráveis, portanto estamos falando de reafirmar outro princípio de que atuar protetivamente para populações vulneráveis. Gestante peregrinando é uma população vulnerável. Gestante sofrendo agressão é a cara da vulnerabilidade e de falta de defesa diante da política pública agressora. Não atendimento, tecnologia desnecessária ou inadequada no caso do parto e do nascimento são agressões que tornam aquela população, naquele momento, na madrugada, absolutamente vulnerável no singular e no atacado. Então o nosso foco nas maternidades mais relevantes e com mais problemas no País é um foco de dar vida à Rede Cegonha. De verdade. Ela dá uma resposta fantástica às usuárias, fazendo esse giro de todo o acúmulo da PNH para esse foco. É um pouco esse o esforço que estamos, neste momento, fazendo com relação às maternidades.

Da mesma forma, fiz menção à agressão ao ponto de ferir os direitos humanos nas portas de emergência, porque é verdade e, portanto, redirecionar ou refocar tudo o que foi acumulado com as várias experiências e trocando as experiências e formando as pessoas e potencializando os apoiadores para dar conta disso, matriciando bem, dando as ferramentas necessárias, para atuar no apoio à implantação dos dispositivos que fazem mudar uma emergência, às vezes até sem mudança física, mas é claro que precisa de mudança física. Mudança tecnológica. Mas vocês estão fazendo isso no dia a dia – há um reconhecimento claro nosso e, observando isso no caso do SOS. Emergência com mais foco, porque a gente os fica vendo o dia inteiro e monitorando a cada semana, mas não só, nas grandes emergências – é transformando a realidade a partir do apoio, usando os dispositivos que

a Política de Humanização foi acumulando e reconfigurando para o Brasil ao longo dos anos.

E evidentemente questões pontuais de muita relevância e agora, com mais fôlego, que foi a nossa última grande investida mais organizada, em que todos vão estar, de alguma forma, envolvidos, uns mais outros menos, que é numa parceria inédita, formal, institucional, política da SAS com a SESAI, na questão dos milhares de vulneráveis chamados população indígena. Nós estamos decididos a enfrentar com movimentos concretos, o Gustavo à frente – esse é um diálogo que estamos tendo permanente, afiançado pelo Ministro Padilha, com a SESAI, com a sua equipe e a nossa. A gente está fazendo um monte de coisas na SAS. Todas as áreas de alguma forma estão fazendo alguma coisa em relação à saúde indígena, à população indígena e nós demos agora certo corpo a isso, tendo à frente os dispositivos, o acúmulo e o protagonismo da equipe, dois apoiadores, de vocês, da PNH. Quer dizer, só essas três investidas mais organizadas, fora todas as que a gente vai fazendo ao longo do tempo por demanda, mas com a nossa força centrando nisso.

Eu acho que isso é a expressão da potência da transversalidade expressa em produção qualificada de cuidado, nas nossas prioridades. Isso é a primeira base para a gente crescer muito mais, porque vai ser, e não tenham dúvidas disso – temos de nos preparar para tal e o nosso planejamento vai indicar isso. Nós temos de nos preparar para, de alguma forma, apoiar institucionalmente e eu tenho insistido lá, no conjunto da SAS, que apoio não pode ser só uma aventura, uma vontade, uma missão. Tem técnica para isso, tem dispositivo acumulado, tem pedagogia nisso. Portanto, temos de nos preparar para sermos requisitados para todos, progressivamente, os pontos de atenção das redes prioritárias. Isso é o SUS.

O Geraldo Adão, que é sempre muito atento, um conselheiro nacional de Saúde com atuação local importante, me parou ali e me fez um questionamento absolutamente adequado. São 1.025, viu, Adão? Já temos 276. Quando a gente começa a proliferar UPA pelo País afora – era um filantrópico que fazia a urgência e agora é uma UPA –, quem são as pessoas que vão estar nas UPAs? De um dia para o outro, elas passam a atender pessoas em situação de risco ou aflitas. No mínimo aflitas. Ninguém vai na UPA porque nasceu gostando de UPA. É porque está aflito por alguma razão e, às vezes, nessa aflição, tem uma emergência médica em curso. Portanto, quem são essas pessoas? Como elas estão formadas? O que elas sabem disso? E que compromisso com aquela população usuária? Isso é tarefa para nós. Então a tarefa é enorme. Nós vamos é crescer. Nós temos é de caminhar para institucionalizar cada vez mais. Vamos ver as formas disso. Evidentemente que a gente demora muito tempo para fazer as coisas. A própria coordenação da PNH na SAS só agora virou formal no organograma. Mas é assim mesmo. Você

vai acumulando força, vai desenvolvendo, vai dando resposta e vai ganhando patamar superior, do ponto de vista até da burocracia. Acho que isso é uma caminhada que é própria do Sistema Único de Saúde, mas eu diria que a nossa tarefa é ir juntando essas coisas todas, esse acúmulo desses dez anos, e ir projetando o futuro, para dar vida real e resposta real diferente, nas Redes de Atenção à Saúde.

Acho que isso é um pouco o que eu queria deixar de desafio, para nós todos evidentemente, mas que seja espraído com essa função de apoio – e sintam-se seguros de fazer esse debate em cada lugar. Tudo foi pactuado com estados e municípios, com a dificuldade que é. Essa é a diretriz clara do Sistema Único de Saúde, para essa sua etapa de implantação. Nós não vamos, enquanto pudermos, abrir mão dessa caminhada, e aí vocês todos são atores muito importantes e estratégicos, porque é o que pode fazer a diferença ao trazer o SUS da Constituição para o SUS que faça sentido e tenha valor para cada um dos brasileiros e brasileiras. Bom trabalho a todos e obrigado. (Palmas)

6 Concurso Cultural “Somos parte do SUS que dá Certo”

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, passamos agora à cerimônia de premiação do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’. Todas as 30 experiências finalistas do concurso receberam o certificado de finalista do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’.

Serão apresentados trechos dos dez vídeos inscritos, dois de cada região brasileira, que vão compor o novo vídeo e catálogo institucional da PNH. Estas experiências foram selecionadas por meio do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’, publicado pelo Ministro da Saúde no Diário Oficial da União, que alcançou o número de 284 experiências inscritas. Espera-se que essas experiências possam fomentar novos modos de fazer saúde, com base nos princípios do SUS e também considerando as especificidades locais e regionais.

Convidamos então o secretário de Atenção à Saúde, Helvécio Miranda, e o coordenador da Política Nacional de Humanização, Gustavo Nunes de Oliveira, para realizar a entrega dos certificados aos responsáveis pelas dez experiências selecionadas no concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’.

Começando pela Região Norte, a primeira experiência selecionada no concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’. O SUS que dá certo no Instituto Mulher – Amazonas. Responsável pela inscrição da experiência: Maria Gracimar Oliveira Fecury da Gama. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – A outra experiência que vai representar a Região Norte do País no vídeo e no catálogo institucional da PNH é do Estado do Amazonas.

Atendimento à população ribeirinha no município de Borba – Unidade Básica de Saúde Fluvial Igaracu. Responsável pela inscrição da experiência: Valdelanda de Paula Alves. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – A primeira experiência selecionada da Região Nordeste vem da Paraíba. Humanização do Parto – Isea – Campina Grande. Responsável pela inscrição da experiência: Melânia Maria Ramos de Amorim – representada pela apoiadora do PNH do Nordeste, Aline Costa. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Também representará o Nordeste uma experiência baiana. PermanecerSUS/Bahia: Acolhendo sujeitos e histórias no caminhar da Humanização. Responsável pela inscrição da experiência: Érica Cristina Silva Bowes. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Na Região Centro-Oeste do País, uma das experiências selecionadas vem de Goiás. Práticas de acolhimento no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad. Responsável pela inscrição da experiência: Andréa dos Santos Silva, representada por Adriana Beatriz Palla. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – A segunda experiência da Região Centro-Oeste representa o SUS do Distrito Federal. Experiência de atenção interdisciplinar em um ambulatório de atenção a pessoas com hanseníase. Responsável pela inscrição da experiência: Roseane Pereira de Deus, representada por Eleonor. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – O Estado de Minas Gerais também faz parte do SUS que dá certo. A primeira experiência selecionada da Região Sudeste é Doulas – Humanizando o Nascimento – Sete Lagoas, Minas Gerais. Responsável pela inscrição da experiência: Juliana Maria de Almeida do Carmo. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – A segunda experiência da Região Sudeste é o Centro de Referência em Saúde Mental Infante-Juvenil. Responsável pela inscrição da experiência: Valéria Lima Bontempo, representada por Dirley Lellis. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Na Região Sul, uma das experiências vem do Paraná. Consolidando o HumanizaSUS na Clínica Odontológica da UEM: Inovação e trabalho coletivo. Responsável pela inscrição da experiência: Mitsue Fujimaki, representada por Cristiane Muller Calazans. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Finalizando as dez experiências do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’, a última finalista vem de Santa Catarina. Conhecendo o Centro de Saúde de Blumenau. Responsável pela inscrição da experiência: Mário Henrique Kato, representado por Ângela Cristina de Matos Braga. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, a comissão julgadora do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’ foi composta por um representante da Coordenação Nacional da PNH; um representante do Coletivo Nacional da PNH; um representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass); um representante do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); um representante dos usuários do Conselho Nacional de Saúde (CNS); um representante da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas); um representante da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Convidamos, então, os 30 finalistas e a comissão julgadora para a produção da foto oficial do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Todos os finalistas e a comissão do concurso. Nós vamos fazer a foto oficial aqui em frente à Mesa. Vamos só organizar essa foto. Qual é a câmera oficial? Gente, a foto que vai valer é a foto da câmara oficial. Prestem atenção nela. Eu vou sair daqui, porque não posso sair na foto. Aí vamos contar até três e vamos falar: SUS. Só um minuto. Um, dois, três, SUS! (Palmas)

Fotografia 6 – Os 30 finalistas do Concurso Cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’



Fonte: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Muito obrigado. Todas as fotos já foram tiradas.

Os vídeos finalistas, assim como todos os 284 vídeos inscritos no concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’ estão disponíveis para visualização completa na Rede HumanizaSUS. A missão da PNH, que surgiu das experiências inovadoras nos serviços, é produzir mudanças no cuidado e na gestão em saúde, com base nos princípios do SUS. É preciso dar visibilidade às boas práticas, discuti-las e apresentar ao SUS novas ferramentas de trabalho que auxiliem na melhoria do acesso dos usuários do SUS de qualidade.

Para falar sobre as experiências de humanização pelo Brasil – O que gestores, trabalhadores e usuários mostram do SUS que dá certo? –, convidamos para compor a mesa alguns dos apoiadores da PNH que fizeram parte da avaliação prévia do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’. O apoiador da PNH na Região Nordeste, Sérgio Aragaki; a apoiadora da PNH na Região Centro-Oeste, Beth Mori; o apoiador da PNH na Região Norte, César Ramos; a apoiadora da PNH na Região Sul, Liane Righi; e o apoiador da PNH na Região Sudeste, Pedro Ivo.

Nós vamos iniciar pelas falas dos apoiadores que estão aqui na frente, começando então pelo apoiador da PNH na Região Sudeste, Pedro Ivo.

Pedro Ivo – Oi, gente. Boa tarde. Agradeço o convite. É um prazer e uma honra estar aqui representando o coletivo Sudeste. Uma saudação para Ana Rita, que não pôde estar aqui. Sou o primeiro, pelo motivo de que daqui a pouco vou ter de sair para pegar um voo às 16h30. Então, o pessoal falou ‘é às 6h, então tenho de sair no máximo às 16h30’. Mas acho que pelo horário vai dar para eu ficar na mesa inteira.

Essa encomenda de falar um pouco sobre a questão do concurso ‘Somos parte do SUS que dá certo’, com essa comemoração dos dez anos da Política Nacional de Humanização, e pela conversa que tivemos por e-mail para organizar, combinar um pouco as falas. E vou um pouco na linha do que a gente conversou no e-mail. Vou roubar um pouco a fala do César e pegar um pouco a fala do Sérgio e tal.

O que chama muito a atenção nesse momento de balanço, de reflexão, de análise, de comemoração, e vendo um pouco os vídeos que estavam na finalista. Primeiramente, como foi falado toda a manhã, é um pouco retomar essa discussão dos dois desafios da Política Nacional de Humanização. O Dário até comentou, colocou sobre humanização como o novo modismo. A Regina Benevides e Edu Passos discutem a questão do desafio conceitual. Então, a primeira questão que a gente vem para trazer nesta roda é um pouco essa questão, que trabalha o conceito-sintoma e depois propõe a Política Nacional de Humanização

a partir de um conceito-experimentação dessa humanização. E nesse sentido, nesses dez anos de Política Nacional de Humanização, esse embate de força de sentidos ainda é muito atual. Essa discussão das experiências ainda está muito atual. Há muitos conceitos-sintoma e há muitos conceitos-experimentação.

Fazendo um parêntese, quando a gente traz essa discussão, não trazemos a discussão no certo ou no errado. Trazemos essa discussão num campo de disputa de forças, de produção de autonomia e protagonismo e produção de sujeitamentos. Então essa discussão é muito importante. Nós não trazemos aqui nem o certo, nem o errado. Trazemos aqui uma posição num campo de disputa de forças, que é da produção de autonomia, de protagonismo e de democracia institucional. É uma primeira questão que ainda é uma discussão atual. Essa questão do desafio conceitual ainda não está tão tranquila. Sempre temos de estar nas nossas rodas reafirmando essa disputa, esse desafio conceitual.

Em relação à questão metodológica, fui visitar esse texto da 'Humanização, novo modismo' e também fui visitar o documento básico da Política Nacional de Humanização e de cara a gente já depara que os desafios são colocados logo de cara nesse documento-base, também são desafios extremamente atuais. A fragmentação do trabalho, um pouco do que o Helvécio trouxe: não estamos preparados para trabalhar em equipe, a questão da agrupalidade dos coletivos ainda é algo que a gente tem muita dificuldade de trabalhar, a questão de incluir a subjetividade, as questões subjetivas nos processos de produção de saúde. Então, os desafios que são apontados, e os desafios que a gente parte, são também muito atuais. E aí o que vem nesse processo desse concurso é que se os desafios, essa discussão conceitual e os desafios ainda são muito atuais, o que temos que sempre estar atualizando é em relação aos dispositivos. E eu acredito que aí sim o concurso trouxe realmente uma potência no sentido de trazer novas experiências do SUS que dá certo e novos dispositivos que a gente tem de estar dando visibilidade para estar não só fortalecendo os dispositivos que já temos, mas também estar renovando, inovando cada vez mais. Porque a produção dos dispositivos que trazem, que são catalisadores dos princípios da Política Nacional de Humanização, das suas diretrizes, eles estão acontecendo sempre no cotidiano, no dia a dia, e a gente tem que fazer uma estratégia, desse concurso, que ele seja realmente algo constante, o cardápio de dispositivos seja sempre renovado, incluindo novos dispositivos.

Nesse sentido é superimportante, não só identificar esses dispositivos. Por exemplo, nesses dez anos a gente viu muitos dispositivos da Política Nacional de Humanização sendo incorporados em várias políticas nacionais: classificação de risco, a questão de acolhimento sempre muito citada, como diretriz, não como dispositivo. Por outro lado, as redes também podem ser um importante dispositivo para nós. Esse

processo de redes. E o colega de Recife, quando ele traz a questão das práticas integrativas, eu acho que demorou para a Política de Práticas Integrativas ser de fato um dispositivo da clínica ampliada da Política Nacional de Humanização. Esse processo é muito atual e temos sempre de estar nos atualizando em relação à discussão dos dispositivos. E os nossos desafios conceituais e os nossos desafios que são dados no nosso documento-base também estão superatuais e é o que nos move, nos mobiliza a estar nos territórios.

Em relação a todo mundo que constrói o SUS, nesse sentido eu quero agradecer a presença dos finalistas, todos os trabalhadores que estão aí na ponta. A gente sempre está junto nas rodas, a gente vai nos municípios médios, grandes, pequenos e realmente é muita gente fazendo muita coisa legal, produzindo muito o SUS que dá certo. Fazer uma homenagem a essas pessoas que estão lá. Acho que é fundamental. Esse concurso também é uma tentativa disso. Acho que é isso. Valeu. (Palmas)

Fotografia 7 – Mesa de debate sobre o Concurso Cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’



Fonte: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora a apoiadora da PNH na Região Sul, Liane Righi.

Liane Righi – A reação aqui é porque era para eu ser a última. Havia uma combinação aqui. Mas não há problema. Vamos trocar. Vocês é quem sabem. Pode. Podemos criar aqui uma outra? Então, Beth, por favor.

Beth Mori – Já que havíamos combinado para ela ser a última, a gente vai tentar. Para falar e não perder tantas coisas interessantes que os vídeos nos ajudaram a pensar, eu me reuni com a Olga Matoso. Olga é outra consultora da Política Nacional de Humanização que atua no Centro-Oeste. É aquela de vermelho bonitona ali. Juntas, nós produzimos um texto. Achemos melhor o texto exatamente para a gente não perder as ideias do que a gente achava importante reforçar nesses vídeos que nós vimos. Então eu vou tentar ler e acho que em torno de 10 minutos mesmo.

Então, boa tarde a todos e a todas presentes aqui no auditório da Opas e virtualmente nos estados, municípios e até fora do Brasil, graças à potência da internet, da Rede HumanizaSUS. É com alegria que comemoramos esse momento da PNH. Dez anos de uma política de saúde que se pretende pública, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde e que tem propósitos claros para intervir nos modos ainda hegemônicos de cuidar e gerir em saúde. Esses modelos de atenção e de gestão têm produzido ainda práticas alienantes e, conseqüentemente, promovem o adoecimento do trabalhador de saúde no seu processo de trabalho. Além disso, não tem garantido à população o direito de acesso aos serviços de saúde com qualidade a que tem direito.

Então, esta Mesa tem o objetivo de comentar os vídeos que concorreram à premiação do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’, promovido pela PNH. Assim, nossa fala aqui, é desse lugar de avaliadores, sobre essas experiências consideradas pelos participantes que concorreram como ações de humanização. Então é isso, todos os coletivos participaram. Nós trabalhamos em cogestão na política e aqui, como eu disse, nós falaríamos desse lugar no Centro-Oeste. Então eu falo aqui em meu nome e no nome da Olga. O que nós vimos então? De saída, uma discussão sobre humanização, acho que o Pedro Ivo enfatizou muito a ideia desse conceito do que é humanizar e de que jeito se humaniza. Dois tipos de ações foram apresentadas. Dois tipos de resposta para essa pergunta: o que é humanização? Então vamos ver o que o SUS diz para nós o que seja humanização.

Assistimos a um grupo de ações que ainda valoriza muito o caráter festivo, humanitário, muitas vezes até voluntário, de trabalhadores que pegam para si, individualmente, a tarefa de resolver os problemas do seu cotidiano de trabalho, pela boa educação no contato com o outro. Por isso contam com o lado bom humano nas relações de trabalho. Na sua maioria são ações – acho que retomando um pouco, Dário fez essa fala de manhã. Enfim, nós havíamos escrito e estamos repetindo um pouco a fala. Na sua maioria são ações realizadas por determinados profissionais tidos e vistos pelos gestores como aqueles que são os humanizadores do serviço. Em geral, são de profissões tidas como humanizadoras: psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta ocupacional. Coincidentemente são categorias com um maior número de mulheres.

Ou seja, a gente acha que aqui tem uma questão de gênero e que a gente precisa pensar. Também são ações destinadas prioritariamente para um grupo de humanos, de usuários. Quem são? Crianças, mulheres e idosos, como se apenas esses humanos precisassem de ações humanizadoras. A saúde do homem prisional, indígena, pessoas com deficiência, com doenças crônicas, entre outras, também nos demandam um olhar diferenciado, um modo contra-hegemônico de fazer saúde na gestão e no cuidado.

Sensíveis então a essa questão, um segundo grupo de categoria de vídeos, por outro lado, diferente desses outros, retrataram um modo diferente de fazer saúde, quando colocaram em análise coletiva o próprio processo de trabalho, admitindo que a humanização não acontece fora do trabalho, mas dentro de um método que inclui a complexidade do trabalho em saúde. Essa complexidade do trabalho em saúde se caracteriza por alguns aspectos: é uma dinâmica entre saúde e doença caracterizada por fatores de origem multicausal – biológico, emocional, sociocultural, econômico, nutricional e até de nível de instrução, que pode ocorrer tanto de forma individual, quanto coletiva.

Outro aspecto que caracteriza a complexidade do trabalho em saúde são saberes diferentes, que se complementam, mas que envolvem disputas e conflitos. Outro aspecto é o cuidado ao usuário, pautado na visão de um cidadão com direito à saúde, que potencializa o trabalho criativo, inventivo, inovador, que produz um sentido para o trabalhador, alegria, satisfação, e requer dele permanentemente uma atitude científica diante do próprio trabalho. Isso chama muito a atenção nos vídeos. Por meio de observação, registro, intervenção, acompanhamento e avaliação, estudos transversais longitudinais, as pessoas começaram, enquanto trabalhador, a pensar sobre o trabalho. A formação permanente continuada, devido às evidências científicas nas práticas de saúde, também caracteriza o trabalho, a complexidade do trabalho em saúde. Mas uma complexidade que considera o trabalho também como produtor – e isso a gente precisa incluir – de desgaste físico e emocional, levando muitas vezes ao adoecimento do trabalhador.

Outro aspecto é a corresponsabilidade na tomada de decisões no âmbito da atenção e da gestão, quando inclui trabalhadores, usuários, acompanhantes e movimentos sociais. E decorrente de toda essa inclusão, então – isso para a gente ter uma ideia da complexidade que é trabalhar em saúde – a gestão de conflitos, quer dizer, presentes nessas diferenças quando tudo isso se junta, é inerente ao processo o conflito que se dá nos coletivos, na relação do trabalho. Esse segundo grupo que divide, então, retratou uma inflexão tanto no conceito quanto no modo de fazer humanização. Em consonância com a PNH desde 2003, que decide para si problematizar as práticas ditas humanizadoras – a Regina tocou nesse ponto –, em vez de escolher um outro nome para discutir

essa política, escolhe-se o tema da humanização exatamente para tentar fazer uma inflexão desse conceito e de como humanizar as práticas em saúde.

Percebe-se que nos vídeos houve um movimento de profissionais, gestores e usuários insatisfeitos com o SUS que não dá certo. E, para tanto, buscaram ideias, ferramentas e inspiração no material produzido pela PNH. Muitos de vocês fizeram isso. Tinham problemas, foram lá, buscaram, estudaram nas cartilhas, nos cadernos, nas palestras, em DVDs, nos vídeos temáticos, na Rede HumanizaSUS, para a construção coletiva e não mais individual de um problema, de novos modos de produzir saúde e sujeitos. Esse material oportuniza acesso às informações para promover então um SUS que dá certo.

Em síntese, essas experiências que nós avaliamos e que pontuamos como experiências que retratam a PNH: coletivos insatisfeitos com o processo de trabalho prescritivo, repetitivo, pautado em normativas que são insuficientes para responder aos problemas e desafios identificados, um coletivo com desejos de mudanças; profissionais de categorias diversas com ação interdisciplinar reforçando a necessidade do trabalho em equipe para dar conta da multiplicidade das demandas dos usuários e dos trabalhadores e da complexidade do seu trabalho; usuários protagonistas ao responsabilizarem-se pela gestão do cuidado e também pela gestão do serviço; pessoas com saberes transversais implicados no desenvolvimento de ferramentas específicas para monitoramento das ações, como, por exemplo, o pessoal de TI, que não é da Saúde, mas coloca esse saber disponível para a Saúde para poder pensar ferramentas nessa área; trabalhador com atitude de pesquisador do próprio processo de trabalho quando registra, analisa fluxos e procedimentos e produz conhecimento.

Trabalhador é pesquisador do próprio processo de trabalho. A gente tem uma ideia de que pesquisador é só aquele que está na universidade e nós, na PNH, discutimos muito isso. Quer dizer, aquele que faz o trabalho, permanentemente está atuando como um cientista.

Gestor que inclui trabalhadores e usuários como corresponsáveis pela gestão institucional; ações de governo para enfrentamento das dificuldades de acesso em territórios distantes, como, por exemplo, a população ribeirinha. Aliás, foi até um dos vídeos que ganhou. Serviços que se responsabilizam pela população adstrita, por meio de busca ativa de usuários, cuidado domiciliar, reunião com a comunidade, reunião com acompanhantes no serviço, trabalho em rede, inclusão de novos saberes como, por exemplo, práticas integrativas e complementares.

Concluindo, esse concurso possibilitou a divulgação e o compartilhamento dessas experiências que comprovam o potencial

criativo das equipes no serviço de saúde e que a PNH, portanto, não é algo abstrato, conforme dito por muitas pessoas. Essas experiências são do cotidiano do trabalho, inovam na cogestão, no acolhimento, na garantia dos direitos dos usuários, na clínica ampliada, na ambiência e demonstram que o trabalhador dá de si, cria, inventa, pois sabe que os manuais, as normativas, os protocolos são insuficientes para darem conta da complexidade do trabalho em saúde. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora o apoiador da PNH da Região Nordeste, Sérgio Aragaki.

Sérgio Aragaki – Boa tarde a todos e a todas. Queria primeiro agradecer ao CGN – Colegiado Gestor Nacional, porque nós, na verdade, que estamos aqui na mesa, somos só uma pequena parte de um coletivo que se debruçou a avaliar essa diversidade de vídeos que foram enviados para este concurso. Todos nós somos gratos porque fomos indicados para representar várias outras pessoas. Minha fala é rápida. Acho que muitas coisas o Pedro Ivo e a Beth já falaram e aí eu fico pensando o que a Liane vai falar no final. Problema dela. A gente combinou foi mais ou menos aí nessa sacanagem.

O que ficou claro para nós – avaliando os vídeos, para além de tudo o que foi dito – é que são várias as ações, assim como são vários os processos de formação que têm acontecido, que aconteceram e continuam acontecendo no nosso país. Então, para além da formação no sentido de cursos, oficinas, rodas de conversa, várias outras ações muito potentes. Uma coisa que foi muito interessante é que, para além da nossa presença nos territórios ou para além daquilo que a gente tem acompanhado de perto, várias experiências apareceram de que a gente não tinha notícias. Isso foi muito legal. Algumas supercoerentes com aquilo que a gente vem propondo como política pública de saúde e que mostra, e só vem reafirmar, que a gente não é dono da humanização da Saúde, e que a gente vem se compor a esse movimento superpotente em busca de efetivar o SUS.

É claro que uma coisa que a gente sempre fica debatendo – a gente tem feito muitas coisas, vocês têm feito muitas coisas. Eu me lembro de parabenizar essas pessoas que vieram e que foram as 30 escolhidas, assim como as 10 que comporão o novo material. Mas a gente sabe que não foi feito sem que houvesse muito investimento, muita resistência, muita articulação, muito sofrimento, mas é sempre acreditando.

Tem um sofrimento que a gente já conhece, que é aquele que está naturalizado: que saúde é assim mesmo, que as coisas são assim mesmo. Mas a gente também percebe que é possível investir em algo diferente e coproduzir ações diferentes e a saúde que a gente tanto deseja. E é legal quando a gente percebe que essas experiências surgiram e elas se

fizeram concretas a partir das realidades dos contextos locais, a partir daquilo que já existia ou do que foi possível captar, mobilizar, ampliar, para além daquilo que havia disponível, tendo como força a disposição, a disponibilidade, a criatividade, o investimento das pessoas, do coletivo de pessoas, sonhos que foram compartilhados e que, com colaboração e corresponsabilização coletiva, se tornaram então realidade.

Então, lembrando que é isso que faz com que a gente possa estar hoje aqui comemorando esses 10 anos da Política Nacional de Humanização com vocês. Apesar disso, a gente percebeu que não foram negadas, isso já foi dito por outras pessoas – como a Beth já falou, a gente repete o que já foi dito por outras pessoas –, não se negaram as dificuldades, as faltas, falta de material, falta de profissional, falta de melhores condições de trabalho, de parcerias etc. Mas a grande potência ainda é a gente não se paralisar, e as experiências mostraram isso. Elas reconhecem e mostram que têm dificuldades, o SUS tem dificuldades, mas que isso não nos paralisa e, como diz o Serafim, isso é o nosso material de trabalho. É porque tem problema que a gente está aí batalhando para que a gente efetive o SUS. Então as conquistas vão explicitar e reafirmar a potência que tem o planejamento e a execução coletivas, corresponsabilizada, compromissada, trazendo novas possibilidades de engajamento, invenção e produção das pessoas e dos coletivos coerentes com os princípios e os métodos propostos pela PNH, transformando então as práticas de atenção, de gestão, de educação, de participação e colaborando então em efetivar esse SUS que a gente tanto deseja, tanto merece, tanto batalha.

Então eu só queria reafirmar os parabéns a todo mundo que está aqui presente, sabendo que nós somos uma parte, um coletivo, assim como as pessoas que estão nos assistindo e outras que, infelizmente, não poderão nos assistir neste momento, mas que compõem esse grande movimento em prol da defesa da Saúde e, em última consequência, ou em primeira consequência, da vida humana. Está certo? Era isso. Obrigado. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora o apoiador da PNH da Região Norte, César Ramos.

César Ramos – Buenas. Boa tarde a todos e a todas e a todos e todas surfistas de bytes e bits que estão na Rede HumanizaSUS, que nos ouvem agora ou que irão nos ouvir reproduzindo esta gravação. Primeiramente eu peço uma compreensão dos colegas para que esse meu sotaque do extremo Sul do País não crie uma torpeza etnocêntrica que impeça que na minha fala venha a força e a potência e a diversidade de todo o povo do Norte, de todo o povo diverso que vive na floresta, no cerrado e no lavrado e que vem cada vez mais contribuindo e crescendo, em toda a sua vida, a humanização deste país.

A companheira do Hospital do Nanindu acabou com a minha fala. Eu ia falar justamente isso, companheira. Eu ia falar da produção de vídeo, da produção audiovisual, como um dispositivo fundamental e importante de criar pertença nas pessoas sobre os processos e as rotinas de vida delas. Vou tentar falar um pouquinho disso, mas a grande emoção vocês já viram da nossa companheira do Amazonas.

Eu vou falar um pouco dessa ideia, vou dar um salto na questão conceitual da humanização que os meus companheiros e companheiras aqui já traçaram de modo brilhante. Vou falar um pouco dessa ideia de como um vídeo, um processo de registro quando feito coletivamente, como ele agrega um valor, um significado e uma delicadeza a esse material, que, por mais que ele possa nos parecer um material final bruto, ele traz a riqueza desse processo de encontros e de enfrentamento das resistências institucionais. Essa minha fala parte um pouco em cima de uma caminhada que eu traço na militância dos direitos humanos e de algumas experiências que nós viemos tendo com um grupo de um projeto de saúde mental chamado 'Em cena', onde nós trabalhamos com a produção de obras digitais feitas também por usuários da saúde mental. Também traz muito a riqueza de metodologias que promoveram e impulsionaram para dentro do processo e deram o status importante para as pessoas que eram vistas como pesquisadas, como os objetos de pesquisa. Diz-se que eram as metodologias da pesquisa-ação, da pesquisa participante. E grupos coletivos como cineastas indígenas, cineastas encarcerados, as mídias táticas, que tiveram participação fundamental nas jornadas de junho e julho e, também, o chamado cinema de periferia.

O que eu quero trazer é que, hoje, qualquer pessoa tem a capacidade de desenvolver grandes projetos de cinema. Quando a gente fala cinema, a gente pensa aquela coisa hollywoodiana, mas não. As jornadas provaram que cinema se faz ao vivo, apanhando da polícia e sendo gravado no celular. Também se faz cinema e por que não se faria também humanização assim? A fala da companheira de Angola, doutora Fernanda, que disse que humanização é toque, me marcou muito, porque existe uma maneira – por isso que nós damos o nome de sétima arte –, que é a maneira de tocar e emocionar pessoas, a maneira de criar alteridade nas pessoas, a maneira que nós conseguimos nos sentir como pessoas de uma diversidade que talvez fosse inimaginável nas nossas rotinas de vida. Essa maneira é o áudio e é o vídeo.

Então, o áudio e o vídeo têm papel fundamental, hoje, na composição da nossa cultura. E esse papel é um papel que cria desejo. É um papel que junta pessoas. Às vezes, pessoas completamente distintas se juntam por um projeto de criar algo. E esse criar algo pode ser recriar os nossos processos de trabalho. Então é dentro dessa de ideia de como nós, em situações de extrema dor, extremo sofrimento, nos quais

estamos acostumados a trabalhar 24 horas por dia, como é que nós conseguimos, como diz a companheira Stella, puxar o freio da máquina um pouquinho e criar arte, porque o cuidado sempre foi uma arte. A clínica sempre foi uma arte, que a gente não tem mais essa condição por essa aceleração do tempo, esse nosso apertar de parafusos que nós fazemos, imaginando que estamos fazendo saúde.

Então, eu estou muito feliz de que uma aposta da PNH foi a aposta de abrir os nossos pulmões para a gente conseguir respirar esse oxigênio que vem de espaços que talvez nós nem sonhávamos que viria, mas que estão vindo com uma qualidade, uma potência imensa que nos fazem estar sempre repensando e recriando.

Então, agradeço muito ao movimento HumanizaSUS. E gostaria de pedir uma salva de palmas para uma companheira nossa, eu não a estou enxergando aqui, mas ela foi fundamental nesse processo, que é a nossa grande espalhadora das nossas estratégias de comunicação da PNH, que é a companheira Mariela. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Ouviremos agora a apoiadora da PNH na Região Sul, Liane Righi.

Liane Righi – Uma boa tarde a todos, a todas. É uma tarefa difícil essa de nos 10 anos da PNH, uma escuta, um momento em que se destacam 30 experiências, que representam movimentos de todo o Brasil. O pedido aqui é que eu amarrasse algumas coisas. ‘Você fica para falar no final e amarra algumas coisas’. Eu fiquei pensando: ‘O que que se amarra, qual o sentido e o que se deixa solto também? O que é que se deixa solto?’.

Uma imagem que eu queria destacar é a imagem dos 10 anos. Pensando que nós consultores, nos nossos processos de formação e no nosso processo de cogestão da própria política, temos exercitado esse tema do processo avaliativo. E parece que este momento aqui é um momento de certa densidade do processo avaliativo. Não é uma parada, não é uma parada. Mas é onde dá uma densidade, onde a gente pergunta: 10 anos? O que se passou? O que podemos fazer? O que fizemos e o que podemos fazer?

Nesse sentido, olhar, assistir aqueles quase 300 trabalhos – nós não olhamos os 300, mas era mesmo assim um grande volume de trabalho para muitas pessoas que avaliaram, ouviram, assistiram vários vídeos, não da sua região, mas de outras regiões. Conversando com as pessoas que avaliaram, todos nós voltamos muitas vezes aos mesmos vídeos, todos nós repassamos, revisitamos, porque quem escreveu o trabalho, dizia algo de si e dizia algo de uma experiência que tinha valor para ele que escreveu e, mais que isso, que tem valor. Experiência que tem valor; o que nós pensamos nessa perspectiva de uma experiência que marca 10 anos de uma política e aponta questões para o futuro.

Eu acho que aí tem esse destaque de 30 experiências que de forma mais forte, de forma mais incisiva, apontaram para questões importantes do futuro da PNH. Então, uma das questões – todas elas foram tratadas aqui, eu vou apenas repetir algumas no sentido de fazer algumas amarrações. O Dário, hoje de manhã, falava do encontro entre Regina Benevides e Gastão Campos. E esse encontro como encontro de gente, de afetos, de poderes, de conhecimento. Um encontro transdisciplinar, um encontro interdisciplinar, pelo menos. E o quanto este encontro teve potência para, e aí eu vou usar uma expressão que o Gastão usou agora no Congresso da Abrasco e que o Dário disse de manhã, há um vazio, o diagnóstico de certo vazio em certo espaço a ser ocupado. E o Gastão repetiu no Congresso da Abrasco, depois e uma fala não tão otimista, mas a alegria da fala do Gastão foi dizer: ‘Vamos ocupar o SUS’.

Então, a impressão com essas 30 experiências – muitas, muitas outras, próximas a 300, ao total das experiências – é que são experiências que visam a ocupar o SUS. Ocupar o SUS no sentido de novas práticas, de um novo jeito de viver o cotidiano do serviço de saúde. Isto não é tranquilo, não é fácil e não estamos numa visão messiânica de que é possível melhorar o SUS apenas, embora seja importante, com algumas paradas para respirar, porque muitos trabalhos falavam disso. De parar, fazer uma comemoração, ter outro tipo de encontro, mas isso sem a potência de mudar o cotidiano. O que nós estamos dizendo é que vocês 30, que estão aqui, apresentaram uma força maior, para fazer algumas questões que são, neste momento, estratégicas para a Política de Humanização. Mudar práticas de saúde, associando de forma mais importante atenção e gestão.

Esta é uma marca dessas 30 experiências que estão aqui, e de outras, mas é uma marca dessas experiências. Associar, e não dissociar, atenção e gestão e com isso ter potência para mudar o cotidiano do serviço. Então, estamos falando em intervenções, em experiências que pretendem, embora nem todas digam com essa clareza, mas que têm capacidade de mexer na gestão, de indicar processos cogestivos, de indicar processos de cogestão do trabalho em equipe, de rodas de conversa, de ampliação da clínica. Então, esta é uma questão importante nos 10 anos da Política de Humanização.

A outra questão que ficou mais clara, mais presente agora, a partir da fala dos colegas é de que a novidade está na capacidade de inclusão. O Dário também falou nisso de manhã. O Gustavo também falou nisso. Nós falamos da tríplice inclusão, mas como é que ela se dá? Então, a inovação só se dá nessa perspectiva de inclusão de novos atores, inclusão de novas práticas, de novo um processo que, já foi dito, não é tranquilo. É um processo conflitivo. E o autor que esteve presente no meu pensamento hoje, durante muitas falas, é o Mário Testa. A gente pode dizer que sim, a realidade é concreta, é contraditória, é conflitiva.

Nós não estamos falando de outra coisa. Estamos falando disso. De uma capacidade de lidar com realidades que são complexas, contraditórias e conflitivas, e que nós não vamos lá para torná-la menos complexa, não vamos lá para acabar com a contradição, nem com o conflito. Mas como que nisto nós conseguimos ter uma proposta, que é da micropolítica, do cotidiano, mas que não fica aí.

Então, a última questão é esse tema da capacidade de estar em rede, de produzir redes e de estar em rede, porque só o fato de escrever demonstra a capacidade de estar em rede. Nós teríamos uma infinidade de gente, de pessoas, muitas pessoas com alguma experiência interessante para mostrar. Então, estar em rede, acessar uma rede, saber para onde enviar a informação, usar alguns dispositivos, usar certa tecnologia é também, e faz parte, dessa questão que é a autonomia do sujeito. Então o trabalho em rede aponta para isso. Para que, de fato, a gente supere essa questão do centro/periferia, de quem produz e de quem consome, quem produz informação, quem produz a cartilha e quem consome, quem avalia.

Para nós consultores, nós que participamos da cogestão da PNH, isso é o cotidiano da política. E para vocês que inscreveram os trabalhos e que viveram este dia aqui conosco, então, dizer que na segunda, atrás de vocês, estão muitos consultores da Política de Humanização de todo o território nacional. E que também olhar os trabalhos, avaliar os trabalhos foi um processo absolutamente descentralizado e democrático. Descentralizado. Olhar para outra região, sentar, conversar com o outro, pensar com que critérios, pensar o porquê dessas experiências e aí dizer que, então, nesta condição, de 30, de 10, mais dos 30 que estão aqui, vocês estão dando o rosto da PNH no futuro. Isso que nós criamos aqui.

O Gustavo falou de manhã, mas eu acho que falou com certo constrangimento, porque é assim do coordenador, e eu queria dizer isso não sendo a coordenadora, que é, e dedicar o que eu vou dizer para quem esteve com a decisão. Bom, quem esteve com a decisão de fazer assim, e poderia ter feito diferente, mas decidiu fazer assim. Trazer experiências para dizer que esta é a cara da PNH, é ser radical com a nossa ideia de não habitar apenas o estado. Quem dá o jeito, quem dá o sotaque, quem dá a imagem da PNH no seu selo de 10 anos não são consultores da PNH, não são as pessoas. Então, eu também olho para isso e fico feliz, porque é isso mesmo que a gente quer. É para isso mesmo que tem uma ação dentro do Ministério, uma ação fora do Ministério, uma ação nos territórios, uma ação por tema, uma ação que é fora do tema, a Rede HumanizaSUS. Essa capilaridade possível, que não é possível, não seria possível só com a nossa presença nos territórios, mas que é possível com o suporte de uma rede que é virtual também.

Assim, nós estamos nos inscrevendo para a segunda década. E acho que estamos entrando bem na segunda década. Temos a capacidade de ser feliz, a capacidade de tecer outras redes, de pesquisar um jeito diferente daqueles ali, de fazer rede de um jeito muito diferente – o Ricardo representa muito isso –, fazer pesquisa de um jeito diferente – Simone –, pesquisa e intervenção, fazer coisas de um jeito diferente. Isso é contra-hegemônico? É contra-hegemônico. O que nós queremos com isso? Dar visibilidade para isso. É construir capacidade de dizer que isto é possível. Eu também, por último, pensei no Fórum Social Mundial. Nós não estamos mostrando que é fácil. Não estamos dizendo que será fácil. Mas estamos reafirmando que outros mundos são possíveis. Obrigada. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Vamos abrir o microfone para um representante dos finalistas. Somente um dos 30. Rápido. Vamos ver quem é o mais rápido dos 30. É só apertar o botão à sua frente. Um, dois, três. Alguém dos 30 quer falar? Já apertou. Cancelada...

Adriana – Eu estou um pouco nervosa. Meu nome é Adriana e eu represento o Hospital de Doenças Tropicais, em Goiânia, e quero dizer que é uma honra ter participado desse concurso, a equipe do hospital, por ter tido a oportunidade de mostrar o seu trabalho. Quero dizer também que não foram só os 10 que ganharam. Os 30 que estão aqui e todos os outros 284 que tiveram a oportunidade de mostrar os seus trabalhos – e quem não teve também essa oportunidade –, a gente acredita que a humanização é forte.

A colega de Minas Gerais falou sobre tecnologia, que as pessoas usam muito a tecnologia, e isso me assusta um pouco, porque hoje as pessoas estão usando muita tecnologia e estão se afastando. A gente não está tendo muito mais contato com pessoas. A gente tem muito contato com máquinas e eu fico um pouco assustada de no futuro a gente ficar meio robô. Então essa questão da humanização, essa potência que tem da gente lembrar o ser humano, a gente fazer disso a nossa rotina, é primordial para a vida do ser humano. Que as pessoas se lembrem de seres humanos. Que as pessoas esqueçam um pouco das máquinas e se lembrem de seres humanos. A PNH é uma potência para fazer a gente lembrar isso.

Então eu quero agradecer não só por a gente estar aqui, não só por a gente ter sido selecionado, mas pela oportunidade de mostrar isso em rede nacional e até internacional. Nós somos uma potência. O ser humano é uma potência e o HumanizaSUS está de parabéns. Obrigada. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, Daphne Rattner do Ministério da Saúde.

Daphne Rattner (presidente da ReHuNa) – Agora eu não sou mais. Eu já fui. Por cinco anos, algumas pessoas me conhecem, eu fui do Ministério da Saúde. Hoje em dia eu sou professora da UnB. Mas aqui eu vim na qualidade de presidente da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, que este ano completa 20 anos, portanto já está na segunda década. A gente tem muitas conquistas.

A gente queria, primeiro de tudo, parabenizar a PNH pelos seus 10 anos e dizer que somos parceiros, desde o nascimento. A gente conheceu a PNH quando houve um curso sobre humanização na Faculdade de Saúde Pública. Ainda não era política. Era programa e estava muito vinculada a hospitais. O que me pediram para falar, porque a gente conhece muita gente e começa a contar histórias e aí me disseram: ‘Você tem de contar isso para as pessoas’. Então, o que eu queria contar? Nós somos uma ONG, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento, e a gente tem trabalhado em algumas linhas de atuação. Uma delas foi as primeiras humanização do parto, criando espaços alternativos para que as mulheres pudessem experimentar a humanização do parto. E a gente tem a grata satisfação de ver que alguns desses locais se tornaram modelo para o Ministério da Saúde: o Hospital Sofia Feldman, Ceres, em Goiás.

Então, essas pessoas foram pioneiras e criaram a ReHuNa, e também criaram um outro movimento. Outro papel que a gente tem feito é o de fusão da informação. Estamos indo para a IV Conferência Internacional de Humanização do Parto e do Nascimento, em 2015, que tem conseguido gerar bastante espaço de visualização das propostas na mídia. Então a gente, com isso, tem conseguido alcançar mais pessoas. Temos sido colaboradores das políticas do Ministério da Saúde, interagindo intensamente. Temos parcerias desde o começo – desde 2002, 2003 já estávamos trabalhando juntos.

Uma das áreas que a gente faz e que a gente percebe que o Ministério da Saúde teria dificuldade é a defesa do exercício profissional humanizado. Como vocês estavam comentando, não existe humanização de qualquer coisa, do parto, inclusive, sem conflito. Então a gente tem atuado fortalecendo os casos em que aparecem esses conflitos, e temos tentado de alguma maneira influenciar o ensino. Essas são as linhas de atuação. E acho que como movimento social conseguimos no ano passado, duas vezes, que as mulheres fossem às ruas pela humanização do parto. Quer dizer, já virou um desejo das mulheres.

Outro dia eu estava assistindo a um programinha de televisão e a mulher, uma atendente de balcão, diz assim: ‘Eu quero o parto humanizado para mim’. A outra: ‘Eu sou assistente social’. Então eu acho que a gente está chegando. E eu considero isso um dos sucessos do movimento social, chegarmos a isso, às marchas, à visualização no *Fantástico*.

Outro sucesso que eu considero um presente, para quem é do movimento há 20 anos, foi o filme *O renascimento do parto*, que teve uma longa permanência no cinema e mais de 26 mil pessoas foram assistir. Foi um dos vídeos selecionados pelo Cinemark para passar no dia 11 de novembro em todos os cinemas. E ele levou algumas coisas que de outra forma teríamos dificuldade de comunicar. E a grande satisfação que a gente teve foi de ver ele apresentado no Palácio do Planalto e sendo discutido. Então, nós chegamos até onde queríamos chegar, inclusive.

E, finalmente, uma das coisas que eu acho que deixa a gente muito emocionada, a Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia tem um caderno, que ela publica, de atualização, a cada três anos, em que é o conteúdo de quem vai fazer a prova de especialista. E eles chegaram à conclusão de que não dá mais para ignorar a humanização do parto. Nos pediram, e à Melânia, do Isea, que é um dos 10 vídeos – a Lelia Katz – que escrevêssemos a história das Políticas de Humanização do Parto, do Ministério da Saúde. A partir de agora, todo mundo que for se formar, como especialista, vai ter que conhecer as Políticas de Humanização do Parto do Ministério da Saúde. (Palmas) Eu acho que essas palmas são para a liderança da Febrasco. Quer dizer, o nosso movimento conseguiu criar esse espaço público. Quer dizer, estamos estabelecendo um diálogo. Não, ainda não é finalmente. Tenho ainda mais duas historinhas.

A primeira delas: na semana passada, a Federação Brasileira da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia reconheceu a possibilidade do parto domiciliar por autonomia da mulher e autonomia do médico, embora ainda diga que o melhor é o hospitalar, mas respeitando a autonomia da mulher e a autonomia do médico é possível. E, finalmente, a gente coordena um programa do Pró-Saúde, na linha de cuidado de saúde da mulher, e uma das alunas da Medicina que está no nosso programa comentou que quando ela veio para esse programa a gente falava muito de parto normal e ela só aprendia cesárea, achava que a gente era maluco. Mas este mês que passou a residente decidiu e assistiu um parto humanizado dentro das dependências do Hospital Universitário de Brasília. Ela não teve intervenção, ficou no quarto, o maior silêncio. Então, estamos chegando de alguma maneira. Eu acho que tem um movimento coletivo fazendo isso acontecer, algumas auxiliares de enfermagem do Hospital Universitário fizeram curso de doulas e colocaram avisos na parede para humanizar: ‘Gente, vamos fazer silêncio para o parto’. Alguma coisa bem delicada para tentar ajudar aquele ambiente.

Então, a gente percebe, nos nossos 20 anos, que temos o que comemorar. Acho que a PNH tem muito o que comemorar os 10 anos. Eu tenho certeza que aos 20 anos terá histórias bem mais consolidadas. Fizemos aquilo com o SUS, porque acreditávamos. Muito obrigada. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Muito obrigado a todos os integrantes da Mesa. Podem retornar a seus assentos. E a partir deste momento, está aberta a votação para a categoria menção honrosa do concurso cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’. As dez experiências selecionadas já estão divulgadas na Rede HumanizaSUS em espaço específico para voto popular. E já tem gente votando. A votação estará aberta até o dia 20 de dezembro. Qualquer pessoa pode votar. Basta se cadastrar na Rede HumanizaSUS. Participe e escolha dentre estas experiências qual delas receberá menção honrosa do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização.

Convidamos a senhora Cathana Freitas, coordenadora-adjunta da PNH, que fará o lançamento de materiais que vão auxiliar as práticas de humanização do SUS: o mapa de ações da Rede HumanizaSUS, os cadernos HumanizaSUS Parto Humanizado, os cadernos HumanizaSUS Saúde Mental e a Semana Nacional de Humanização. (Palmas)



7 Experiências da PNH

Cathana Freitas (coordenadora adjunta da Política Nacional de Humanização) – Boa tarde a todas e todos. Chegamos então, finalmente, à última parte do nosso evento oficial de celebração. Eu acho que todos nós saímos daqui encantados e mais alegres com todos esses movimentos. Fui convidada para representar uma boa parte do nosso coletivo aqui, com muito orgulho, com muito carinho, para apresentar um pouco das experiências que a gente teve ao longo desse ano, e daquilo que a gente construiu mais concretamente, e falar um pouco daquilo que a gente apresenta já como uma proposta para 2014, para esse momento de virada depois dos 10 anos.

Aqui na tela vocês podem ver essa ação conjunta que a gente está preparando, que é o mapa de ações da PNH, que a gente constrói ao longo desses últimos meses, com a intenção de dar transparência para as ações da PNH, de poder tornar visível o trabalho que os consultores estão desenvolvendo em seus territórios. Aqui, cada consultor tem colocado as suas ações e, nessas ações, entrando em cada uma delas, vocês vão poder ver os lugares onde a PNH tem trabalhado com mais especificidade, uma descrição dessa ação, e vão poder ter o contato de cada consultor, cada trabalhador que está envolvido no desenvolvimento dessa ação. Porque a intenção é que a gente possa também melhorar a comunicação, tornar visível e também agregar pessoas que queiram trabalhar, dar as suas ideias, comentar sobre o trabalho que vem sendo desenvolvido por dentro da RHS e em outros espaços. Então, o mapa está disponível na área da PNH, dentro da Rede HumanizaSUS e também no

site da PNH, no portal do Ministério da Saúde. Ele pode ser acessado e esperamos que daqui para frente ele fique cada vez mais recheado daquilo que a gente vem fazendo e daquilo que cada trabalhador vem compondo dentro do SUS.

Nosso segundo lançamento diz respeito aos cadernos HumanizaSUS, que dentro da nossa linha editorial, reúne uma parte das nossas publicações que vem no formato de artigos, relatos de experiências, entrevistas que são feitas, são elaboradas a partir da experiência da interação dos consultores com os trabalhadores e os gestores nos seus territórios. Então, os cadernos são aquela parte que contam um pouco de como é que esse SUS que dá certo está funcionando na interação entre os trabalhadores, os usuários e os gestores. Essas publicações são um convite à participação de todos, para poderem discutir os princípios, as diretrizes, os dispositivos e o próprio método de fazer da PNH. Então, este ano a gente está terminando com o lançamento de dois cadernos, que são muito importantes. E cada organizador, ou cada grupo de organizadores desses cadernos escreveu um pouquinho sobre a sua produção. Então eu vou pedir licença para ler essa pequena escrita que foi elaborada por quem trabalhou nesses cadernos.

Esse que vocês estão vendo aqui é o caderno número 4, o *Parto Humanizado*, que foi organizado pela Renata Adjuto, Célia Nicolotti, Cátia Paranhos, Michele Vasconcelos e Vera Figueiredo, além de todas as parceiras e parceiros de territórios que estiveram com elas no desenvolvimento desse trabalho. Esse quarto volume é composto por 16 artigos, 7 relatos de experiência e 4 relatos jornalísticos. Ele tem o objetivo de apresentar os caminhos, os percursos, que foram trilhados pelos apoiadores e apoiadoras institucionais de 26 maternidades que trabalharam no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal, do Nordeste Brasileiro, que é o PQM, que aconteceu entre 2009 e 2011. Esse plano serviu de baliza para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha, que foi lançado em 2011 pelo governo federal, figurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança o direito à atenção humanizada, durante o pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Em outros termos, com o funcionamento do PQM, e posteriormente da Rede Cegonha, buscou-se e ainda se busca criar condições políticas institucionais e técnicas para mudanças nos processos de trabalho, tendo em vista a qualificação da gestão e da atenção materno-infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos dos usuários e das usuárias e a redução das taxas de mortalidade infantil e materna. Então, esse caderno fala um pouco dessas experiências de quem andou Brasil afora, principalmente na região da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro desenvolvendo esse trabalho, que deu algumas das balizas para que, hoje, a gente possa estar melhorando cada vez mais a atenção à mulher, ao parto e ao nascimento.

O quinto caderno, que é o volume 5, é o caderno *HumanizaSUS Saúde Mental – O cuidado humanizado é cuidado em liberdade –*, que foi organizado pela Simone Paulon e pela Liliana da Escócia, composto por 14 artigos, que são teórico-metodológicos, 4 relatos de pesquisa, 9 relatos de experiência e 4 reportagens. E ele anuncia uma demanda social inegável que merece ser enfrentada, que é o debate acerca da necessidade da melhoria no acesso e na qualidade da atenção em saúde mental. Afirmar isso significa, correndo o risco de estar anunciando o óbvio, que a luta por um atendimento em saúde resolutivo, integral e humanizado para a população que padece de sofrimento psíquico, passa pelo reconhecimento desses sujeitos como cidadãos que gozam do direito de busca, ajuda quando avaliarem necessário, de dispor de uma rede de atenção com diferentes serviços a serem acessados em circunstâncias diferentes de suas vidas. Em outras palavras, estamos dizendo com isso que reafirmamos a tautologia anunciada no título desses cadernos, que só faz sentido falar em humanização do cuidado em saúde mental, se a gente estiver falando de sujeitos livres, ao menos na forma como a Política Nacional de Humanização compreende e define aquilo que entende por humanização. Os artigos e os relatos de experiência que compõem esse caderno apontam nessa direção. São reflexões retiradas do campo da saúde mental em seu processo conjunto, defendem posições ético-políticas muito caras ao processo da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica do nosso país. Mais do que dois processos coletivos paralelos e um campo temático convergente, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica são mutuamente potencializadoras e eticamente equivalentes, quando entendidas em suas radicalidades utópicas sustentadas até hoje em grande parte, mesmo após 20 anos de institucionalização. Daí afirmamos que a humanização no campo da saúde mental significa fazer avançar os princípios e as estratégias da reforma psiquiátrica brasileira.

E, por último, mas não menos importante, vou falar um pouquinho daquilo que a gente está preparando para o ano que vem, que é a Semana Nacional de Humanização que vem, a partir da ideia de que este ano nós fizemos, como foi citado antes, cinco seminários, que foram seminários macrorregionais, onde a gente pôde escutar, conversar com cada trabalhador, com cada gestor na sua região, aquilo que ele fazia, aquilo que ele desenvolvia, aquilo que ele entendia como sendo o que pode a PNH hoje, depois de 10 anos da sua criação, e durante os seus 10 anos de existência.

Partindo dessas experiências que a gente começou a ver, começou a escutar, e do tamanho da pluralidade que a gente percebeu nisso no Brasil, o nosso investimento foi de fazer uma semana de humanização que acontecesse simultaneamente em diferentes regiões do Brasil. Ao invés de centralizar em um único espaço, a gente poder escutar cada cidadão, cada trabalhador e cada gestor no seu lugar de atuação, no seu espaço de trabalho, no seu espaço de troca de experiências.

Então, para isso a gente está lançando esse formulário na Rede HumanizaSUS, que é o formulário onde as pessoas vão poder fazer a inscrição das suas ações para compor a programação oficial desse semana. Durante a semana, que vai ser de 7 a 11 de abril de 2014, a gente vai poder fazer a transmissão simultânea, *on-line*, na verdade, de vários acontecimentos, várias rodas, várias exposições, pôsteres, vídeos, aquilo que vocês quiserem cadastrar como experiência, que for significativo na região de vocês, vai ser lançado então nesse formulário e aí as atividades vão sendo escolhidas e discutidas e amadurecidas para a gente poder ver quais delas vão ser transmitidas, de todas as regiões.

As atividades dessa semana vão ter foco em três eixos. O primeiro eixo de participação de usuários do SUS, o segundo eixo de gestão e de humanização, e o terceiro eixo, que vai ser de trabalho e humanização. Então, algumas das sugestões que a gente traz de possíveis atividades a serem cadastradas são as próprias rodas de conversa, a construção de plenárias, de fóruns, apresentar os vídeos – a gente acabou de ver uma experiência tão rica de construção e uso da ferramenta audiovisual –, a exposição de pôsteres, a exposição de fotografias, a construção das tendas HumanizaSUS, mostras de experiências e tudo aquilo que for da realidade local, daquilo que vem sendo construído nos serviços, nos espaços de gestão, nos espaços de troca. A gente vai contar com o apoio dos nossos consultores, que estão espalhados pelo Brasil, para também apoiar na construção desses espaços. Quanto mais plural, quanto mais atividades a gente tiver, melhor e mais rica vai ser essa nossa semana.

Então, encerro convidando a todos e todas. Cadastrem-se, falem, comentem e também chamem, que durante essa semana a gente vai querer agregar mais pessoas para trabalhar em conjunto na Humanização, para fazer parte dessa história, dessa memória que a gente vem construindo, de um SUS que tem potência e que está falando disso cotidianamente. Obrigada. (Palmas)

Fotografia 8 – Apoiadores participam do debate sobre o Concurso Cultural ‘Somos parte do SUS que dá certo’



Foto: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, convidamos aqui à frente o coordenador da PNH, Gustavo, para fazer o encerramento deste Seminário. (Palmas)

8 Encerramento

Gustavo Nunes de Oliveira – Bom, gente, eu queria começar o encerramento, começar começando o término. Eu gostaria muito de lembrar e agradecer a participação de todos vocês e agradecer muito a forma como a Regina nos dedicou o tempo e a mensagem dela, que foi bastante cuidadosa e generosa. Eu queria agradecer muito a presença do Dário, que largou o meio das férias dele para vir compor com a gente esse dia. A presença da Carminha. Foi muito importante a sua vinda hoje para a gente. Agradecer à mensagem do Adail, que não pôde vir, mas foi uma pessoa essencial para a construção da Política de Humanização. À Tereza Martins, que também viria e não pôde vir, parceira de luta de muito tempo. Ao Edu Passos, à Cláudia Bez, à Ana Racket, à Beth Barros, ao Gastão, que também não pôde vir hoje. À Rosana Onocko, ao Gustavo Tenório, companheiro da Unicamp que me apresentou também à Política de Humanização, e a todos os companheiros e companheiras que ajudaram a construir toda essa história bonita que a gente viu hoje e de muita luta e muito trabalho.

Eu queria agradecer ao pessoal da TVT – eu ainda vou chegar lá, seu Francisco – que veio. A gente consolidou com eles uma parceria, que vai começar mesmo a partir do ano que vem. Mas eles vieram cordialmente com a gente cooperando, já numa parceria de algum tempo, para começar a captação de imagens para o documentário dos 10 anos da Política de Humanização, que eles vão nos ajudar a produzir. Queria agradecer ao pessoal da Opas. O Rodolfo está aí ainda? Não está? Que pena. Queria agradecer à Opas, que nos acolheu aqui na casa e tem sido parceira,

principalmente nesses últimos períodos. Ao Pnud, que esteve presente hoje aqui na mesa e que é parceiro, sempre foi e continua parceiro nos grandes desafios da construção da Política de Humanização.

Queria agradecer ao Ministério de Angola, a presença aqui da colega, a doutora Fernanda, pela rara e preciosa contribuição com a gente. Queria agradecer ao Conass, ao Conasems, a todas as secretarias municipais e estaduais que constroem o SUS no cotidiano, que são parceiras. Queria agradecer ao Conselho Nacional de Saúde a valiosa participação e parceria. Ao pessoal da Mesa Nacional de Negociação do SUS, ao pessoal da Fiocruz, que hoje está representado aqui pelo André Guerreiro. Ao pessoal do IMS, da Uerj, do LAPPS, que está representado pela professora Roseni. E a todas as universidades federais, estaduais, que vêm compondo com a gente, desde o começo, uma história de produção de conhecimento, de sistematização de estratégias, de experiências e de produção do SUS.

Eu queria agradecer também aos movimentos sociais, que vêm compondo com a gente lutas cotidianas nos territórios, nas instituições, em especial a ReHuNa, que é representada pela professora Daphne, a Nempis, a Renafro, Movimento de Luta Antimanicomial, que muitos de nós somos implicados no cotidiano, do Parto Plural, do MST, da Pastoral da Saúde e muitos outros que vêm compondo com a PNH nesses anos.

Também queria agradecer aos apoiadores da PNH, formados ou não. A todas as pessoas do País e de fora do País que se sentem e se identificam com as lutas da Política de Humanização. Aos consultores, servidores da PNH nos territórios e, aqui, no Núcleo Técnico. Viu, seu Francisco? Eu falei, seu Francisco. Queria agradecer aos coordenadores regionais e de frentes que têm cortado um dobrado comigo no cotidiano. Eu produzi uma cogestão de fato, no processo, na construção da Política nos territórios. E eu queria agradecer à minha recente colega, que divide a Coordenação Nacional comigo, a coordenadora adjunta Cathana Oliveira. É uma honra trabalhar com ela. Queria agradecer aos trabalhadores que lutam pelo SUS nos territórios, no cotidiano.

Queria agradecer aos usuários, que habitam e lutam por boas condições de saúde, pelas suas vidas e pelo significado que elas têm para todos nós. Aos gestores que defendem o SUS, e aos que não defendem porque têm medo, em todo o Brasil. A todos e todas que compõem a Rede HumanizaSUS, às redes sociais que são parceiras na construção de uma mobilização em torno da pauta da saúde. Ou seja, eu estou agradecendo ao Movimento HumanizaSUS. Que ele cresça, se fortaleça e possa compor e fortalecer a luta pelo SUS no cotidiano do nosso país.

Queria terminar dizendo que para mim foi e tem sido uma grande honra ser coordenador dessa política, um grande desafio. Eu tenho aprendido muito. Com certeza eu não vou dizer aqui o quanto que eu vou trazer para a minha vida e tal de toda essa experiência, porque acho que isso já está tão estampado na minha cara. Mas dizer que essa composição de possibilidade de estar na coordenação de uma política tão complexa e de tão difícil construção e consolidação, não é só um desafio ético, um desafio metodológico, teórico, que estimula a gente, mas que é sustentado por um coletivo, que tem uma potência enorme. Eu disse, quando assumi como consultor da Política, que eu tinha encontrado a minha turma, e de fato encontrei e estou muito satisfeito de, nessa fase da minha vida, poder dizer isso.

E queria convocar a todos os parceiros que estão nos assistindo ainda pela transmissão da internet, que a Semana de Humanização foi uma opção que a gente teve de estratégia mesmo, de não concentrar um recurso enorme que a gente concentraria para fazer um seminário grande aqui em Brasília ou em qualquer outra capital, para juntar pessoas que teriam a honra de compartilhar com a gente o espaço do seminário. A gente gostaria de ter feito o seminário, tivemos várias discussões sobre isso – foram meses de discussão: ‘fazemos, não fazemos, trazemos esse recurso, não trazemos, negociamos’. Muitos eventos do Ministério da Saúde foram cancelados nesse segundo semestre, em função de contingenciamento de recursos. Mas a nossa opção foi principalmente, porque a gente entendeu e concluiu, a partir dessa história toda que a Cathana contou aqui, que a gente teria, talvez, e essa é a aposta, condições de mobilizar em 2014 um conjunto muito maior de pessoas e incluir um conjunto muito maior de sujeitos do SUS com essa estratégia. Então a ideia é que em todos os territórios, em todos os espaços, as pessoas possam pautar a questão da humanização, pautar e constituir o Movimento HumanizaSUS, e poder compor com a gente uma grande mobilização nacional em torno dessa temática e dos desafios, que a luta pela humanização da Saúde nos impõe.

Então queria agradecer a todos e todas e dizer para vocês que foi um excelente dia, que vai ficar na minha memória para o resto da eternidade, e que foi uma honra estar com vocês nessa história. Obrigado. (Palmas)

Fotografia 9 – O coordenador da Política Nacional de Humanização encerra o seminário



Foto: PNH/SAS.

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, nós vamos quebrar um pouco o protocolo e vamos chamar a Beth Mori, porque ela tem uma homenagem a fazer.

Beth Mori – Eu e o grupo todo de consultores, e o Núcleo Técnico, que somos o Coletivo Nacional da PNH. Na verdade, Gustavo, agradecer a você. Agradecer a você – primeiro vamos bater palmas – por ter topado esse lugar. Não é um lugar fácil. Isso é sempre um desafio para nós: quem será o coordenador da Política? E acho que você, desde o início, entrou nesse lugar com desejo, com vontade. Você mostrou muito isso e fez com que a gente – porque nós exercemos a cogestão na Política. Então, quando o Gustavo se coloca no nosso coletivo nacional, que somos todos nós juntos, e se coloca disponível com desejo, acho que isso foi uma característica importante que fez com que a gente apostasse no seu nome e também a sua disponibilidade de tempo. O tempo não é só o tempo de 24 horas de relógio, mas é um redirecionamento de toda a vida para esse lugar, porque eu acho que é um lugar que muitos de nós teria o desejo, mas muitos de nós não têm esse tempo, esse tempo de abrir mão de tudo como você abriu, e a gente sabe, muitas vezes da família, do trabalho – Gustavo é professor da Universidade de Brasília. E ele sabe que estando na Política, no Ministério da Saúde, ele perde na trajetória acadêmica dele esse lugar, no sentido da disponibilidade. E acho que você mostrou.

Tinha essas duas características que nos chamou a atenção e que a gente apostou em você. E acho que você mostrou para nós. De fato,

acho que a Regina traz, o Dário trouxe também, a delicadeza que é a Política Nacional de Humanização, de estar dentro/fora. A gente fala o tempo todo disso. Como é estar dentro de uma política de governo, no Ministério da Saúde, onde tem tarefas a serem cumpridas, e ao mesmo tempo estando fora de no sentido dentro dos movimentos, nos municípios, nos estados, trabalhando lá com as pessoas, que eu acho que é uma característica da PNH. A gente viu hoje na fala do Helvécio. Ficou claro para nós hoje o tanto que você conseguiu avançar com a PNH para dentro do Ministério também, porque é um lugar difícil. Quer dizer, como habitar essa máquina sem deixar se seduzir por ela, no sentido de ser cooptado por ela, e de manter com a dureza e com a mesma delicadeza, que eu acho que é esse o lugar, o nosso lugar de apoiador, o tempo todo poder falar das coisas que precisam ser ditas, e ao mesmo tempo dizer de um jeito que o outro possa ouvir. Porque se a gente chega dizendo de um jeito que o outro não escuta, fica bem mais difícil. Ficou claro para nós que, nesse tempo que você ficou, você fez um bom trabalho nesse sentido, conseguiu avançar com a PNH dentro dessa máquina de Estado. A gente entende que você mostrou essa capacidade de estar nesse lugar.

Nós somos um grupo que fazemos cogestão. Então somos um grupo que, aquilo que a gente discute, que é necessário assistência com gestão, é inseparável. Para nós, então, o nosso processo de trabalho é impossível fazer sem cogestão. E eu acho que você topou. Foi difícil. E fazer cogestão, a gente acha que fazer cogestão é fácil. Não é não. É característica da cogestão essa complexidade, porque é o tempo todo lidando com interesses diferentes, com desejos diferentes, cada território com as suas emergências. Acho que a gente conseguiu, nesses dois anos, exercer a cogestão e estamos concluindo esse ano com planos direcionados, cogeados e discutidos por todos nós. É isso.

Eu falo em meu nome e tenho certeza que em nome do Núcleo Técnico que são 12 pessoas no campo administrativo e técnico. Olha só, gente, vocês sabem disso. Estou olhando aqui para a Renata tão querida, Mariela aqui do meu lado, representam o Chico e todos mais. Vocês sabem que sem vocês para apoiar o nosso trabalho – querida Isabel, Jordan e demais. Quer dizer, sem vocês para dar suporte para a gente estar lá na ponta exercendo o apoio seria impossível. Nós somos um grupo de consultores e de trabalhadores que está dentro do Ministério da Saúde, que é um grupo muito potente e sob a sua batuta. Então, a gente quer de fato, falando no meu nome e em nome de todos nós, trabalhadores da PNH com você, obrigada, Gustavo. Foi muito bom. Está sendo muito bom. (Palmas)

Mestre de Cerimônias – Senhoras e senhores, encerramos agora o Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização. A gravação

do evento estará disponível na sala de eventos da Rede HumanizaSUS: <www.redehumanizasus.net>.

Lembramos novamente que está aberta a votação para a categoria menção honrosa do concurso cultural 'Somos parte do SUS que dá certo'. As dez experiências selecionadas já estão divulgadas na Rede HumanizaSUS em espaço específico para voto popular. A votação estará aberta até o dia 20 de dezembro. Solicitamos aos dez finalistas premiados para permanecerem neste auditório para tirarmos uma foto e coletarmos uma pequena entrevista.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, agradece a todos os que contribuíram para a realização deste evento e que constroem a história do HumanizaSUS.

Também chamamos o Coletivo Nacional para vir à frente a fim de fazermos uma foto oficial agora.

Fotografia 10 – Coletivo Nacional da Política Nacional de Humanização



Fonte: PNH/SAS.

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização, agradece a todos os que contribuíram para a realização deste evento e que constroem a história do HumanizaSUS.

Convidamos a todos para um lanche de encerramento, que está servido no andar térreo. Àqueles que vão viajar, desejamos um bom retorno. Um bom fim de tarde e uma excelente noite a todos.

Anexo A – Fragmentos de uma imagem em construção coletiva: um retrato da Política Nacional de Humanização¹

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior²
Radilson Carlos Gomes³

Estranho íntimo

*Varrendo as reentrâncias do chão
reaparecem as pequenas
coisas esquecidas.*

*Histórias de um tempo. Piso gasto doutrora.
As reentrâncias espelham movimentos, curvas,
ângulos para dentro.*

*Um plano comum de saliências que guarda a
profundidade de não ditos.*

*Fossem elas, pequenas pistas do obreiro que ali percorre sua vida,
teriam elas a função de sentinela.*

Esse estranho íntimo, rizoma, flagrado no cotidiano.

(GARCIA, 2013, p. 22)

¹ Texto sem conflitos de interesses nem financiamento. Seu resultado é o encontro entre dois trabalhadores de saúde em trocas e conversas sobre fotografias, produções textuais, imagens, cores e seus modos de verem e pensar a concepção de “saúde coletiva: imagem coletiva”.

² Consultor, Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde – carlosgarciajunior@hotmail.com.

³ Fotógrafo de Saúde Pública, Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública transversal, isto é, uma proposta inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) visando reconhecer o outro como um cidadão de direitos e valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e modos de gestão. Propõe-se a navegar entre muitos pontos, instâncias, projetos e programas que habitam os distintos cenários de saúde do Brasil. É uma proposição de política em saúde com interesse em contribuir e provocar mudanças nos problemas enfrentados no SUS, diminuindo as profundas desigualdades neste país continental e com muitos desafios.

O interesse do Ministério da Saúde em fortalecer o SUS permitiu a promoção de uma política capaz de envolver-se com outros segmentos e tornar a humanização da atenção e gestão da Saúde um movimento: o movimento HumanizaSUS. Nestes 10 anos de existência têm-se muitas experiências no SUS que dá certo. Os avanços e as conquistas permitiram a construção de redes, saberes e práticas. Ao mesmo tempo, os desafios para a produção de saúde permanecem, tais como: qualificar o sistema de cogestão do SUS, fortalecer os processos de regionalização, superar o entendimento de saúde como ausência de doença, fomentar estratégias de valorização do trabalhador etc. Assim, a humanização, transcende a visão de programa, ocupando-se como uma política transversal na Rede SUS.

Nesse sentido, habitar ambientes na coexistência com conflitos, diferenças e divergências é o campo e a dimensão de interação e intervenção que a PNH se impõe. Para tanto, o campo e a dimensão ético-estético-política da PNH foi conscientemente construída e criou a abertura para aproximações, inflexões e, principalmente, oferta de uma política pública com expressões e texturas do povo brasileiro.

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS (BRASIL, 2008, p. 62).

Não é uma simples intervenção que assumiu a PNH, pois uma política sem “decreto” impõe um efeito e repercussão dentro da própria instituição “Ministério da Saúde”. Para tentar retratar um pouco dessa história recorreremos há um fragmento, um recorte, uma fotografia sobre um pedaço dessa narratividade. Buscamos materializar algumas concepções sobre a construção da “logomarca” da PNH. Entendendo

que a ideia de indizível da imagem se mostrou uma abertura para pensar a produção de imagem, como um teatro mudo de imagens, não menos potente do que mil palavras. O que é essa imagem? O que fala? Para quem? Quem e como se conta? A imagem-objeto adquire qualidade de imagem-sujeito. A narratividade do que se tem e do que se olha.

Olhemos:



Logomarca 1



Logomarca 2



Logomarca 3



Logomarca 4



Logomarca 5

Vamos percorrer um percurso propositivo-intensional-imagético a partir do relato de Radilson Carlos Gomes, fotógrafo de saúde pública, auditor do Ministério da Saúde, trabalhador da Política Nacional de Humanização durante os primeiros anos:

1) Como foi o processo de construção da logomarca da PNH? Quais foram os envolvidos, ideias, concessões, dissensões, propostas que circularam?

O processo de construção da logomarca passa pelo processo de criação de uma identidade, passa pela necessidade que sentimos de dar uma “cara” para a política. A nossa experiência no MS era a de ver várias outras políticas serem construídas, formatadas no papel com portaria e normas que com o tempo ficavam arquivadas ou trabalhadas somente nas ideias e iam circulando nos corredores ou salas de reuniões ou até mesmo em fóruns como congressos, encontros e tantos outros, mas com o tempo e com as mudanças de dirigentes sucumbiam, pois não tinham um formato “metafísico” ou algo concreto, com forma e cor. Bem, a partir desse pensamento e ao receber o desafio de colaborar com o estande da PNH durante a realização da 12ª CNS, passei a elaborar uma proposta de participação mais viva e menos de distribuidor de panfletos como normalmente se fazia. Fiz um esboço propondo a criação da logomarca a partir de nossa participação na conferência e apresentei para a nossa coordenadora à época, Regina Benevides, que com Adail Rollo, Gilberto Scarazath e Stella Chebli concordaram com a ideia.

Na época, trabalhava no Núcleo Técnico da PNH com a Rejane Vieira e juntos fomos dando formato ao projeto. Precisávamos de um nome fantasia para facilitar (na época eu dava aulas de fotografia para alunos de comunicação e *marketing* e também publicidade e acho que eles me influenciaram), fizemos, então, uma discussão quanto ao nome a ser adotado e a nossa querida Rejane Vieira sugeriu o nome fantasia HumanizaSUS. A moda era tudo terminar com SUS e tinha outros programas nessa linha e foi. Depois ficava a questão das cores. Neste ponto, tomando por base os governos anteriores achei por bem não usar cor de partido político algum, queria a política “livre e transitável”. Assim as prefeituras não ficariam ciosas em utilizar uma política do partido A ou B, já que as cores marcam governos e partidos no Brasil. Dessa forma, fiz esta defesa e de pronto sugeri usarmos o verde com referência à Saúde e a Rejane sugeriu o laranja pela força de uma cor quente. Assim, ficou o verde + laranja e branco para compor. Toda essa discussão aconteceu de julho a novembro de 2003. Solicitei 400 camisetas para serem distribuídas durante a 12ª Conferência de Saúde, usando as cores e o nome simplesmente. Durante o evento tivemos de fazer outras 200 e mesmo assim não deu para quem quis. Na verdade foi uma estratégia para chamar a atenção para o nosso estande. No estande montamos um set de filmagem e outro de fotografias. A intenção foi

gravar entrevistas para utilizar nos vídeos institucionais e captar fotos dos participantes como forma de comprometimento e também material para montarmos a logomarca da PNH. Minha primeira ideia era, já que se tratava de uma política de humanização, usar as fotos de pessoas na palavra HumanizaSUS para formar a logomarca, mas este estudo não foi bem sucedido e abortamos a logo por este caminho. Porém a ideia do humano persistia, e foi quando a Rejane indicou uma *designer* do Rio Grande do Sul com a qual conversei e troquei *e-mails* durante todo o Carnaval de 2004. Passei para ela os conceitos. Indiquei a necessidade de colocar o humano na logo e permanecer com as cores e etc. Ela com muita sensibilidade ofertou três ou quatro propostas das quais escolhi uma e fiz algumas observações até chegarmos à logomarca atual. Encaminhei à Regina Benevides que bateu o martelo.

Diário de campo – 14/3/12 – É uma sensação estranha quando se pede para tirar uma foto de um desconhecido. Aparentemente, funciona como uma invasão do espaço do outro. Lembrei-me da Diana Arbus – confiança e vínculo. Explico a experiência e há o consentimento. Mostro o resultado. Garanto que não há uma identidade “reconhecível” na fotografia. Tenho um segundo da vida de um desconhecido para quanto tempo quiser. O desconhecido já não é mais desconhecido. Posso dar nome, rebatizá-lo, posso, inclusive, reinventar sua vida.

2) *A partir de 2003, quais foram os desafios enfrentados pela política?*

Relembrando, naquela fase o desafio maior era a pactuação das “Marcas da PNH” com os diversos atores do MS e do SUS. A Regina Benevides e sua equipe perceberam a necessidade de envolver todos os atores, inclusive servidores do Ministério da Saúde, que antes nunca haviam participado da construção de políticas de saúde. Inicia-se as “rodas de conversas de humanização” denominadas “Barracas da Saúde”. Uma série de oficinas onde os dirigentes das áreas do MS eram convocados a participar e responder *in loco* aos questionamentos dos servidores. Os estados e municípios foram convocados para validar as propostas do documento base e também o Conass e o Conasems e entidades de classe e etc. À medida que o documento ou texto referência ia se formando e sendo pactuado, uma discussão paralela estava sempre na ordem do dia: Como institucionalizar a PNH? Seria com uma portaria? Um ato institucional do Ministro da Saúde? Inserir na estrutura orgânica do MS ou a deixar conviver e se disseminar na instituição MS e no SUS? Havia a necessidade de existir um documento formal de institucionalização? Apenas sendo pactuada nas esferas da Saúde e seus princípios comporem as diretrizes dos programas, políticas e ações definidas pelo MS para o SUS? Bem, prevaleceu essa última ideia e até hoje é exatamente esta condição (de não pertencimento formal) que dá força à Política Nacional de Humanização. Não tem como retirar a política do organograma, pois ela não aparece no mesmo (agora aparece), ela está

nas secretarias de saúde (estadual e municipal), nas ações e programas, mas não existe no organograma do MS como um cargo formal, mesmo porque, qualquer outro governo teria facilidade em extinguir o cargo e as pessoas envolvidas.

3) A identificação visual e comunicativa proposta pela PNH deseja o quê?

Gosto dessa provocação... Devo aqui lembrar a nossa motivação quando da criação da identidade... Desde que entrei no Ministério da Saúde, em 1994 até 2003, ano de retomada da discussão de humanização no SUS. A meu ver, entrava ministro, saía ministro e as políticas vinham e iam sem serem consolidadas, sem serem notadas, não tomavam uma forma. Em muitos casos havia muita discussão, consumiam-se horas de encontros e reuniões até formar o documento principal que era apresentado, na maioria das vezes, em formato de portaria, introduzida verticalmente, de cima para baixo, por decisão ministerial. Mas as diretrizes ali contidas com o tempo sucumbiam, ficavam nas gavetas ou nas ideias. E como diziam os servidores mais antigos, “a portaria não pegava”.

Digo isso, mas era apenas a minha impressão, não sei até que ponto existia verdade naquele entendimento, o fato é que, a partir deste pensamento e com as experiências que obtive com a fotografia e os alunos de publicidade e propaganda, entendia que era preciso criar algo mais concreto, mais visível para uma Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, era preciso dar uma “cara”, uma cor, dar vida além das palavras, além da sigla PNH...

Nesse sentido, houve a necessidade de criar a logomarca, de traduzir o discurso contido no documento-base da humanização em formas e cores, em algo visível, imagético, algo que pudesse ser um signo, um ícone com um significado. Num primeiro momento identifiquei esta força na cara das pessoas, nas diferenças de raça, credo e cor, no sincretismo facilmente identificado nos retratos dos trabalhadores e usuários do SUS... Então, se for responder diretamente a sua pergunta, acho que a proposta era a de dar vida à política a partir de seus indivíduos... Mas, por outro lado, de excluir qualquer conotação política/partidária nas cores e formas da identidade. Era fazer com que as diretrizes fossem identificadas pelo visual/vara da humanização, sem amarra com governo ou gestão transitória. Daí a nossa preocupação em usar as cores laranja e verde, evitando taxativamente o vermelho (PT) e o azul (PSDB).

Neste ponto os vídeos institucionais, produzidos a partir das imagens colhidas durante a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, fizeram a diferença. Em especial, montamos uma pequena apresentação produzida a partir daquelas fotografias com mais de mil retratos de trabalhadores, usuários, delegados e dirigentes, que, colocados de forma

justaposta e intercalados numa sequência de mais ou menos 3 minutos, tempo da música *Gente*, de Caetano Veloso, mostrava de forma concreta a nossa proposta.

Outro vídeo, fundamental, que foi o nosso principal propagador das marcas e diretrizes da humanização e produzido por outra parceira, a cineasta Márcia Medeiros, foi um vídeo de 15 minutos no qual a Regina Benevides apresentava as propostas da Política de Humanização do SUS e suas diretrizes, delegados confirmavam a política e Humberto Costa (Ministro na época), Luiz Odorico Andrade, presidente do Conasems, e Gastão Wagner, Secretário-Executivo em exercício, também faziam as suas falas. Bem, este vídeo foi motivo de muita discussão dois anos depois. Na verdade, fui o culpado por esta polêmica.

Desde o início, a meu ver, a humanização estava acima de questões político/partidárias. Não podíamos misturar as coisas, para mim era necessário evitar marcar uma determinada gestão, um governo ou coisa parecida. Na política brasileira as coisas ou ações são descontinuadas devido à mudança de governos ou gestores, são interrompidas por mera vaidade. Muitas vezes a entrada de um gestor, prefeito, dirigente ou presidente no lugar do seu antecessor, significa a paralisação de obras e ações da gestão anterior, mesmo identificando a necessidade das obras ou a importância das ações que vinham sendo implementadas.

Entendi, naquele momento, que não seria diferente com a PNH, que, caso os atores das gestões anteriores continuassem a aparecer no vídeo, aquele vídeo não seria mais usado. As gestões subsequentes não aceitariam o seu uso. Não sei se foi o mais correto, mas resolvemos fazer uma edição passando o vídeo original para uma versão de 10 minutos e retirando a fala das autoridades que já não faziam parte da condução do processo (no caso, preservando o vídeo original e arquivando para a memória).

Dessa forma, pudemos continuar a utilizar o vídeo em todas as rodas de discussão que surgiam e isso acontece até hoje. Retirei o marco político/partidário em nome da continuidade do processo de disseminação da humanização. Assim, mesmo as secretarias municipais de saúde administradas por partidos políticos ideologicamente contrários ao atual governo, passaram a adotar o vídeo sem nenhuma objeção, e mesmo os ministros da saúde subsequentes ao Ministro Humberto Costa, assistiam ao vídeo em abertura de cerimônias formais sem constrangimento algum.

Porém, passados mais de 10 anos desse ocorrido, não sei se compensou o custo que tive ao tomar aquela decisão. Pensei na sobrevivência da PNH, mas carrego o sentimento de ter alterado o curso natural das coisas... Não sei verbalizar de forma mais precisa este sentimento!

4) Além da logomarca, os materiais (vídeos, cartilhas etc.) produzidos pela PNH tem características que despertam o interesse, quais foram os elementos que unificaram esses elementos?

Os elementos visuais que serviram para unificar essas propostas foram os rostos e as cores de “atores e autores” do SUS. De certa forma, as imagens do “SUS de todos com a cara de todos”. Costumava falar que as pessoas, ao se deixarem fotografar, ao assinarem o documento que autorizava o uso de suas imagens para divulgar positivamente o SUS, aquele ato era um ato de confirmação, de aceitação e de reconhecimento da política de humanização como uma política necessária. Uma assinatura pela imagem, um consentimento imagético!

A saúde (ora pública) tenta entrar na casa (ora privada) pela porta aberta. Vida e família, bem público-privado, porta de entrada de tudo

(GARCIA JUNIOR; GOMES, 2013, p. 996)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, 2008.

GARCIA JUNIOR, C. A. S.; GOMES, R. C. Uma desmontagem humanizada através de fotografias em Saúde Coletiva. **Revista Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 995-1002, out./dez. 2013.

GARCIA, S. **Marginais**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2013.

ISBN 978-85-334-2227-8



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

