

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO**

CARINA KIRST

**RELATOS DE UMA VIAGEM PELA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
PROBLEMATIZAÇÕES ACERCA DA EDUCAÇÃO E PRODUÇÃO DE
TRABALHADORES DA SAÚDE**

Santa Cruz do Sul

2017

Carina Kirst

**RELATOS DE UMA VIAGEM PELA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
PROBLEMATIZAÇÕES ACERCA DA EDUCAÇÃO E PRODUÇÃO DE
TRABALHADORES DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado. Área de concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza
Co-orientador: Prof. Dr. Cláudio José de Oliveira

Santa Cruz do Sul

2017

K61r

Kirst, Carina

Relatos de uma viagem pela política nacional de humanização :
problematizações acerca da educação e produção de trabalhadores da saúde /
Carina Kirst. – 2017.

86 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa
Cruz do Sul, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza.

Coorientador (a): Prof. Dr. Cláudio José de Oliveira.

1. Educação em saúde. 2. Humanização da assistência. 3. Política
pública. 4. Biopolítica. 5. Saúde pública. I. Souza, Camilo Darsie de.
II. Oliveira, Cláudio José de. III. Título.

CDD: 610.7

Carina Kirst

**RELATOS DE UMA VIAGEM PELA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
PROBLEMATIZAÇÕES ACERCA DA EDUCAÇÃO E PRODUÇÃO DE
TRABALHADORES DA SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado e Doutorado. Área de concentração em Educação, Linha de Pesquisa Educação, Cultura e Produção de Sujeitos da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza
Co-orientador: Prof. Dr. Cláudio José de Oliveira

Dr. Camilo Darsie de Souza - UNISC
Professor Orientador

Dr. Cláudio José de Oliveira - UNISC
Professor Co-orientador

Dr^a Betina Hillesheim - UNISC
Professora Examinadora

Dr^a Cristianne Maria Famer Rocha - UFRGS
Professora Examinadora

Santa Cruz do Sul

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Alcido e Ivone, educadores com paixão pelo ofício, que desde sempre me mostraram inúmeras possibilidades de alçar os vãos mais amplos por meio da Educação. Que com seu amor e dedicação, me possibilitaram o direito de escolha dos destinos e dos caminhos a serem trilhados, acreditando em minha potência de alcance, mesmo que muitas vezes eu não a enxergasse.

Agradeço aos meus orientadores, os professores Dr. Camilo Darsie de Souza e Dr. Cláudio José de Oliveira, pelas balizas colocadas no decorrer do percurso para que eu tivesse direção, foco no destino e também pela indicação das rotas, quando fora necessário. Também agradeço aos professores da linha de pesquisa na qual estou inserida, à Dra. Betina Hillesheim e ao Dr. Mozart Linhares da Silva, assim como aos meus orientadores, por me apresentarem, tão sagazmente, a um novo referencial teórico por meio do qual pude desenvolver esta pesquisa e que, também me permitiu lançar outro olhar sobre a Educação e também sobre a vida.

Agradeço aos meus amigos que sempre estiveram ao meu lado no caminho, em especial aos novos amigos e colegas de trajetória acadêmica: Patrícia Krieger de Oliveira, Douglas Weber, Fernanda Rosa, Andreza Noronha, Rafaela Rech, Andreia Ghisleni, Gabrielle Winter, Camila da Rosa, Rita Quadros e Marisa Bueno, pessoas com as quais tenho e terei o maior prazer em continuar dividindo, somando e multiplicando viagens!

“Esta viagem serve, nesta perspectiva, também como forma de autoconhecimento, um alargamento do olhar, tentativas constantes de ver o Outro e não transformá-lo no Mesmo: uma viagem na qual caiba o novo, na qual a bagagem não atrapalhe, não pese em demasia, não impeça travessias... Um percurso também pontuado por encontros com outros viajantes, os quais me estendem a mão em alguns trechos. Uma viagem que não se pretende completa, mas provisória, e que depende de outras visitas e olhares. Uma viagem que deixe o desejo voltar, com a sensação de que há coisas que não consegui ou que pude fazer”.

(HILLESHEIM, 2008, p.38 e 39).

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo explorar os modos de operação dos regimes de verdade estabelecidos por meio da Política Nacional de Humanização, especialmente no campo da saúde. Para tanto, são articuladas as áreas da Educação, da Saúde e das Políticas Públicas. Em conformidade com a teoria foucaultiana, entende-se que os sujeitos produzem e são produzidos por aspectos culturais-históricos-sociais-econômicos, os quais atravessam e são atravessados pelos discursos de verdade produzidos pelas diferentes áreas. Assim, os discursos são práticas sociais que estão amarradas às relações de poder e saber, ou seja, as práticas se constroem dentro de tramas discursivas inerentes às relações de poder e saber. Os conceitos-ferramentas utilizados nesta pesquisa são: biopoder, governamentalidade e regimes de verdade. O método escolhido para a pesquisa foi análise de documentos. O documento utilizado foi o Caderno HumanizaSUS vol. 1 (2010) – PNH: formação e intervenção, como foco da análise. A partir da materialidade dos discursos apresentados, problematiza-se o que está dito, e, discorre-se sobre a PNH enquanto regime de verdade e enquanto uma ferramenta de inclusão social na saúde.

Palavras-chave: Regimes de verdade, Governamentalidade, Educação em Saúde.

ABSTRACT

This research aims to explore the ways constituted through the discourses of Humanization. In order to carry out the research, I trespassed the frontiers of Education, Health and Public Policies, more specifically, the National Humanization Policy of SUS (Brazilian Unified Public Health System). According to the Foucaultian theory, I understand that subjects produce and are produced by cultural-historical-social-economic aspects, which cross and are crossed by the discourses of truth produced by different areas. I understand that the discourses are social practices that are tied to the relations of power and knowledge, that is, the practices are constructed within discursive frames inherent to the relations of power and knowledge. The concepts-tools that I use in this research are: biopower, governmentality, regime of truth and processes of subjectivation. The method chosen for the research was the analysis of documents and I took HumanizaSUS vol. 1 (2010) booklet - HNP: training and intervention, as the focus of the analysis. From the materiality of the speeches presented, I tried to problematize what is said, and at the end of the research I talk about the HNP as a regime of truth and that it also operates as a tool for inclusion subjectivating health workers.

Key words: Regime of Truth, Powermentality, Education for Health.

SUMÁRIO

PONTO DE PARTIDA.....	8
1 TRANSITANDO PELAS FRONTEIRAS DA SAÚDE.....	12
1.1 Notas sobre os estrangeiros que conheci em território nacional – a Saúde Pública e seu estabelecimento no Brasil.....	13
1.2 Experiências de viagem no Brasil – a emergência da Saúde Coletiva.....	20
1.3 Fotografias de um ponto turístico – O Sistema Único de Saúde Lombada.....	28
2 FERRAMENTAS DE VIAGEM.....	34
2.1 Bagagem de mão – as experiências de si.....	34
2.2 Considerações sobre a mala que carreguei - O poder pela perspectiva foucaultiana.....	37
3 O ROTEIRO DA VIAGEM.....	45
3.1 Guia de viagem - um documento necessário.....	47
3.2 Uma rota percorrida - análise de discurso.....	53
3.3 Recomendações aos turistas: processos de objetivação e subjetivação no Humaniza SUS.....	56
4 PAISAGENS DA VIAGEM	59
4.1 Sobre a construção dos monumentos – a constituição da PNH enquanto um regime de verdade.....	59
4.2 Paisagens acessíveis – a PNH como ferramenta de inclusão por meio da norma.....	66
4.3 Notas sobre a disposição dos pontos turísticos – a PNH e a Regionalização.....	72
5 LEMBRANÇAS DE VIAGEM.....	78
BÚSSOLAS.....	80

PONTO DE PARTIDA

Para situar o leitor em relação ao lugar de onde parto, enquanto pesquisadora, apresentarei o cenário no qual estou inserida e as motivações que me fizeram buscar o Mestrado em Educação e escolher como objeto de pesquisa a Educação em Saúde, mais especificamente questões ligadas à Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS¹.

Portanto inicio contando que sou graduada em Psicologia e atuo na área de Psicologia Clínica, há mais de uma década. Contudo, há seis anos atuo também, no campo da Educação em Saúde, como psicóloga em um curso de graduação de Medicina, em uma universidade no interior do Rio Grande do Sul.

Inserida neste contexto de trabalho entendo que existem várias aproximações e também distanciamentos entre as áreas da Educação e da Saúde. É como se fossem países vizinhos, cujos habitantes possuíssem o hábito de transitarem através de suas fronteiras sem a intenção de unirem os seus territórios, mas no sentido de trabalhar em redes.

É importante destacar que me identifico com o trabalho realizado em redes, interdisciplinar, e entendo que a Psicologia somada a outras áreas de conhecimento opera com muito mais potência do que solitariamente.

Portanto, a necessidade de tensionar as práticas, de questionar os fazeres e de criar novas maneiras de trabalhar em uma formação de Educação em Saúde, ou de trabalhar com Saúde na área de Educação, me fizeram inventar esse objeto de pesquisa.

O curso em que trabalho possui uma matriz curricular que vincula, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde com ênfase na medicina generalista, tão cara aos preceitos da Saúde Coletiva

¹ HumanizaSUS é o nome do Documento Base para Gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2004.

e do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, seguindo as diretrizes curriculares do Ministério da Educação, o curso tem como meta ofertar aos alunos uma formação acadêmica e profissional humanística e crítica, em conformidade com o SUS.

Assim é interessante dizer que minhas atividades junto à Equipe de Apoio Psicopedagógico, transitam entre o acolhimento das turmas de discentes, o apoio pedagógico aos docentes, reuniões de formação pedagógica dos docentes e também a escuta clínica individual de discentes e, ainda, por vezes de funcionários do curso. Estas escutas individuais, bem como as coletivas, relativas às angústias e dificuldades nesta área passaram a provocar em mim a necessidade de refletir e discutir sobre diversas questões que emergiram e emergem a partir desta experiência. Foi este trabalho nas fronteiras, quais sejam, entre a Educação, a Saúde e as Humanidades, que me levou a buscar o Mestrado em Educação.

Na época em que começava a escrever para a qualificação do projeto de pesquisa utilizei a metáfora de um roteiro de viagens. Esta escolha foi realizada por eu gostar muito de viagens, por viver em lugares diferentes, conhecer novas culturas e, principalmente, estar atenta ao que estes deslocamentos produzem em mim e nas pessoas que me cercam. Sinto-me provocada pelas mudanças de paisagens, pelas diferentes possibilidades de pensar e de viver no mundo.

Nesta mesma lógica, o processo de realização do mestrado e minha constituição como pesquisadora também fizeram emergir uma sensação de deslocamento, como se estivesse viajando para novas localidades. A partir desse processo pude me experimentar em novos lugares, em diversas situações que exigiram de mim tomadas de decisões, escolhas de possibilidades de paradas e mudanças de rota que, mesmo que provisórias, estavam me levando a algum lugar, produzindo encontros potentes e, muitas vezes, a percepção de caminhos tortuosos.

Compreendi que para problematizar, para conseguir formular problemas diferentes, pensar de outras maneiras, se faz necessário o deslocamento do pesquisador, esse devir viajante, que coloca em suspenso, que se arrisca nas fronteiras para pensar de outra forma.

Sendo assim, nesta pesquisa-viagem proponho uma discussão sobre as relações entre a Educação, a Saúde e a Humanização, de modo a responder ao seguinte questionamento: como operam dos regimes de verdade estabelecidos por meio da Política Nacional de Humanização, especialmente no campo da saúde?

Como forma de propor tal movimento de investigação, nas páginas que se seguem, apresentarei no primeiro capítulo informações acerca do contexto histórico-cultural da Saúde no Brasil. Assim, proponho transitar pelas fronteiras da Saúde Pública, da Saúde Coletiva e do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a descrever sua emergência e a maneira como se instituíram seus discursos e posicionamentos.

Realizar uma pesquisa nas políticas públicas de saúde pode parecer escolher uma temática um tanto dura para se trabalhar, porém argumento que não. Digo isto porque as políticas públicas fazem parte do nosso cotidiano, dispendo sobre, e, garantindo o direito de acesso à saúde, legislando sobre o funcionamento das atividades do governo com relação aos interesses da sociedade.

Ou como refere Lopes (2010):

Políticas Públicas são o conjunto de disposições, medidas, normas e procedimentos que tem como objetivo orientar a política estatal e regular as atividades governamentais no interesse da sociedade. Trata-se de um tema profuso, campo fértil para os pesquisadores, sobretudo na área de ética, bioética, jurídica, moral e administrativa". (LOPES, 2010, p. 17).

Proponho pensar nas políticas públicas como parte essencial dos governos democráticos. Pois, como sugere Souza (2007) a formulação das políticas públicas compõe, quando necessário, propor mudanças no rumo das ações governamentais. Muitas vezes são utilizadas com uma caixa de ferramentas, nos propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (p. 69).

O segundo capítulo nomeei de "Ferramentas de Viagem", no qual discorri sobre os conceitos de biopolítica, de regimes de verdade e de governamentalidade, como instrumentos úteis para problematizar como a Política Nacional de Humanização atua na produção de subjetividade dos trabalhadores em saúde.

O terceiro capítulo chamado "O Roteiro de Viagem", se refere ao método de pesquisa utilizado. Descrevo como foi realizada a análise de documentos e como se deu a rota percorrida pelo método da análise do discurso. Para tanto, apresento o documento escolhido para ser analisado, o Cadernos HumanizaSUS, vol. 1, sob o enfoque "Formação e Intervenção". Este documento foi lançado pelo Ministério da saúde, em 2010 e narra sob forma de artigos e entrevistas, diversas experiências de práticas humanizadas em Saúde. Além deste documento, utilizo os seguintes documentos de apoio: os artigos de nº 196 a 200 da Constituição Federal Brasileira

de 1988, artigos estes que tangem à temática da saúde; as Leis Orgânicas Federais de nº 8.080/ 1990 e a de nº 8.142/ 1990 e a Lei nº 7.508/ 2011.

O quarto capítulo, o qual chamo de “Paisagens da Viagem”, é o ponto da pesquisa em que discorro sobre os processos de emergência e constituição da PNH enquanto um regime de verdade. Problematizo os artigos que descrevem experiências regionalizadas e, discuto também, a PNH como ferramenta de inclusão por meio das normas, buscando fazer uma análise dos modos de subjetivação por meio da PNH.

1. TRANSITANDO PELAS FRONTEIRAS DA SAÚDE

Neste primeiro capítulo, apresento ao leitor aquilo que chamo de “fronteiras da saúde”, ou seja, uma espécie de caderno de anotações em que destaco algumas das delimitações teóricas – provenientes da área da saúde – entre as quais transitei de modo a formular minhas reflexões e argumentos relacionados à Educação. Deste modo, marco a diferença entre os conceitos de Saúde Pública e Saúde Coletiva, descrevendo, brevemente, as circunstâncias que constituíram tais campos e, ainda, o contexto de emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Contudo, antes de prosseguir com a apresentação de minhas experiências de viagem, penso que seja relevante destacar que a Saúde Pública se constituiu com o objetivo central de criar ações sobre a doença já que, historicamente, surgiu a partir da necessidade de combater males que assolavam as populações, internacionalmente, na medida em que estas eram atingidas por epidemias, doenças infectocontagiosas e outros acontecimentos que acabavam por causar uma série de consequências negativas de ordem social e econômica.

Por outro lado, a Saúde Coletiva² foi um movimento que começou a se firmar no Brasil, na década de 1960, fazendo referência a problemas de saúde no nível populacional nacional. A conjuntura social da época era marcada pela ditadura militar e, em contrapartida, constituíam-se inúmeros movimentos sociais, incluindo os segmentos estudantis, sindicais, populares, universitários e classe média que combatiam a ditadura e apoiavam a questão da democratização do Estado e da sociedade. Nesta seara, a Saúde Coletiva se constituiu como uma nova área na produção de conhecimentos que incluiu nos currículos da área da saúde disciplinas como a Epidemiologia, as Ciências Sociais, a Estatística, entre outras.

² Na seção 1.2, dedicada à emergência da Saúde Coletiva, descreverei minuciosamente sobre sua constituição no Brasil.

A incorporação das disciplinas de Ciências Sociais nos estudos da área da saúde produziu um deslocamento importante sobre abordagens técnicas e enfoques convencionais dados pela saúde pública tradicional. Esse deslocamento tornou possível redimensionar tanto as práticas da área da saúde como a política, a gestão e o planejamento em saúde, remetendo assim, a uma perspectiva de olhar e de cuidados sobre a saúde e não somente sobre a doença.

No cenário político e social descrito acima é que se constituiu a Reforma Sanitária brasileira ou movimento sanitário, que teve como temática central o reconhecimento do direito à saúde como algo inerente à conquista da cidadania. Então, na década de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro – um sistema que prima pela promoção da saúde, pelo “Direito Universal à Saúde” (art. 196 da Constituição Federal de 1988), pela equidade de acesso ao sistema e pela integralidade no atendimento.

Enfim, observa-se que houve/há uma integração de diversos acontecimentos que englobam os campos da saúde, da política, da educação, do direito, entre outros. Tais questões parecem-me relevantes, pois, por meio delas, foram sendo criadas as possibilidades de emergência daquilo que conhecemos, nos dias de hoje, como Política Nacional de Humanização – foco desta pesquisa.

1.1 Notas sobre os estrangeiros que conheci em território nacional – a Saúde Pública e seu estabelecimento no Brasil

A denominação “Saúde Pública” surgiu na Inglaterra, no século XIX, que com o advento da industrialização, passou a ter um grande número de trabalhadores assalariados e, com eles, foi observado um agravamento das condições sanitárias da população urbana. Em 1842, foi elaborado um relatório chamado: “Relatório ou uma investigação sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”, dirigido pelo advogado Edwin Chadwick. Este documento tinha o objetivo de realizar um diagnóstico sobre a situação sanitária, além de propor intervenções relacionadas ao saneamento das cidades e a organização do Estado para realizar tais intervenções. (KANIKADAN; MARQUES, 2013).

Nos EUA, também a industrialização e as epidemias do final do século XIX conduziram à criação de um Departamento Nacional de Saúde para tratar de questões relacionadas à Saúde Pública. No início do século XX, com o advento da bacteriologia,

surge uma clássica definição que, segundo Rouquayrol (2013) é a definição de Saúde Pública reforçada atualmente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS)³:

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante esforço organizado da comunidade, abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde. (WINSLOW, CHARLES-EDWARD AMORY, 1842, apud ROUQUAYROL, 2013, s/n).

A partir desta definição clássica, Paim e Almeida Filho (1998) apontam para a estreita ligação da área com o controle e a prevenção de doenças. A Saúde Pública se desenvolveu a partir da necessidade de sanar epidemias e doenças que afligiam as populações ao redor do mundo.

Scliar (2002) afirma que a saúde pública, por longo tempo, foi definida como com medicina do corpo social, a qual se propunha a tratar de doenças diversas das pessoas. No entanto, houve um deslocamento deste entendimento e, hoje, a saúde pública intenta prevenir, informar, garantir a diminuição da doença, buscar a cura, e, mais recentemente, ampliar os níveis de saúde. (RIBEIRO, 2003).

As primeiras ações em Saúde Pública no Brasil, de acordo com Scorel e Teixeira (2012) datam do período do final do Império, em torno de 1822, e demonstram o momento de formulação das primeiras ações governamentais em saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas. (p.279).

De acordo com Carvalho (2013) a história dos cuidados com a saúde dos brasileiros passou pela filantropia e pela caridade religiosa. No final do século XIX e início do século XX, o Estado realizava algumas ações de saúde frente a epidemias,

³ A Organização Mundial da Saúde teve sua fundação datada em 1946, quando o número de Estados Membros da ONU era de 55, hoje este número se elevou a 193 países componentes. A OMS tem como principais funções o controle e assessoria no que se refere às questões ligadas à saúde em escala global. Suas atividades ligadas ao controle e prevenção de doenças são praticadas em parceria com instituições de abrangência nacional, por exemplo, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), no Brasil. A OMS é a principal agência reguladora de índices, conhecimentos e práticas direcionadas à saúde, possuindo grande influência sobre os governos dos Estados Membros e ainda estabelece as diretrizes da saúde que devem ser seguidas pelas suas parceiras. (DARSIE, 2014, p.96).

o saneamento básico no Rio de Janeiro⁴ e campanhas de vacinação. Conforme Escorel e Teixeira (2012) a campanha de vacinação contra a varíola neste período foi, inicialmente, alvo de resistência por parte de alguns grupos da sociedade, mas, com o tempo, sua aceitação foi aumentando progressivamente, até que, em 1959, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decidiu concretizar um plano de erradicação da doença. Posteriormente, no início da década de 1980, a varíola foi considerada como uma doença mundialmente erradicada. A febre amarela e a peste bubônica também foram doenças infecciosas que protagonizaram campanhas de controle e erradicação.

Conforme refere Bahia (2012) no mandato do Presidente Rodrigues Alves (de 1902 a 1906), quem assumiu a Direção Geral de Saúde Pública foi Oswaldo Cruz, médico sanitariano que tinha como missão realizar a reforma sanitária no Rio de Janeiro e combater, principalmente, a febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Outros sanitarianos importantes da época como Adolfo Lutz, Emílio Ribas e Vital Brasil envolveram-se com a organização de instituições de saúde pública: o Instituto Soroterápico em São Paulo, atualmente Instituto Butantã (1900) e o Instituto Soroterápico Federal, hoje Fundação Oswaldo Cruz (1901).

Andrade (2007) aponta que este período, do início do século XX até a década de 1960, foi chamado de Sanitarismo Campanhista, no qual a economia brasileira foi marcada por um modelo agroexportador e havia uma política de saneamento nos espaços de circulação destas mercadorias, de controle de doenças para não prejudicar as exportações. Este período denota forte relação entre a prevenção de doenças para manter a força da economia por meio das exportações.

Darsie (2014) refere que esta tendência foi mundial e que as tensões mundiais, criadas após a Segunda Guerra Mundial e também com a Guerra Fria, impulsionaram a criação de agências internacionais que se ocupavam do desenvolvimento e da regulação daqueles locais de circulação de mercadorias, assim como do controle de doenças, para auxiliar na manutenção da paz em nível mundial. Segundo o autor, estas contingências oportunizaram a criação da Organização Mundial da Saúde como a principal agência internacional responsável pela saúde em nível global, sendo

⁴ O Rio de Janeiro, então capital da República dos Estados Unidos do Brasil, contava, em 1900, com uma população de 700.000 habitantes.

marcada por princípios de imparcialidade em suas atividades ligadas ao controle e prevenção de doenças, em parceria com instituições de abrangência nacionais em todas as partes do mundo.

O sanitarismo brasileiro teve uma relação muito próxima com a ideia de polícia médica desenvolvida na Alemanha e com a medicina urbana desenvolvida na França, desde o século XVII. Na Alemanha, *Polícia* era o nome que designava a administração do Estado e a administração da saúde tinha o nome de *Polícia Médica*, nome este que seguiu sendo utilizado por bastante tempo, no que se referia à legislação e ações específicas postas em prática neste campo. No século XVIII, com o advento da Medicina Social, a polícia médica passa a caracterizar, de forma geral, a política dos Estados com relação à saúde, passando a ser chamada de política sanitária. (CARVALHO, 2013).

Já a relação do sanitarismo brasileiro com a medicina urbana da França, foi o fato de que, no século XIX, com o desenvolvimento das práticas higienistas ligadas às melhorias das condições ambientais com o intuito de prevenir doenças, a polícia médica se transformou em extensa legislação que regulamentava a limpeza e cuidados dos espaços urbanos. Esse movimento se fez necessário em função da economia, pois tinha finalidade de controlar possíveis epidemias e contaminações que afetavam as economias dos Estados. No Brasil ocorreu processo semelhante, e essa legislação fiscalizava as práticas higienistas em lugares públicos como portos, locais de comercialização de alimentos, cemitérios, ambientes de trabalho e até mesmo a higiene pessoal. (CARVALHO, 2013).

Neste momento não aprofundarei esta relação, apenas penso ser importante exemplificar como, em momentos de crise, independentemente da localização geográfica, ações na área da Saúde podem produzir efeitos na Economia e ações produzidas nesta, podem afetar a área da Saúde também.

Na década de 1920, o Brasil já tinha 20% de sua população nas cidades, mesmo mantendo uma base de economia agrária. Foram criadas então, as Caixas de Assistência e Pensão (CAPs) que foram os primórdios da previdência social no país. As CAPs foram criadas com o objetivo de atender as necessidades dos trabalhadores de empresas ferroviárias primeiramente, e mais tarde, estendidas aos portuários e algumas categorias de industriários. As CAPs se organizavam por empresas e operavam em regime de capitalização, porém eram estruturalmente frágeis por beneficiarem apenas um pequeno número de contribuintes. Neste período,

paralelamente, observava-se o crescimento da medicina liberal, utilizada pela classe dominante e com maior poder aquisitivo. Para o restante da população brasileira, que não tinha direito às CAPS, nem acesso à medicina liberal, restavam apenas os serviços prestados pelos parques hospitalares filantrópicos. (AGUIAR, 2001).

Ao longo deste período, a área da saúde no Brasil se caracterizou por uma estreita relação entre políticas de saúde e modelo econômico vigente, além de marcada dicotomia entre ações de saúde pública e ações de assistência médica. As ações de saúde pública eram desempenhadas a partir de um *modelo sanitarista campanhista*, que tinha uma abordagem coletiva e ambiental da doença e caracterizava-se por uma prática autoritária, conforme foi exemplificado no início desta seção. E o outro modelo de saúde vigente era o *modelo clínico curativo-privatista*, realizado pelas CAPS e pela medicina liberal. Estes privilegiavam uma abordagem individual e medicamentosa dos pacientes, além de negar as relações das doenças com as condições de vida das pessoas. (AGUIAR, 2011).

No início da década de 1930, com Getúlio Vargas na presidência da República, a institucionalização da Saúde Pública estava incluída em seu conjunto de reformas. Neste período, a área sanitária e o setor educacional foram integrados em um mesmo Ministério, qual seja o Ministério da Educação e da Saúde Pública. As políticas sociais justificaram o autoritarismo deste governo perante a sociedade brasileira. (AGUIAR, 2011).

Durante este período, foram cancelados os CAPs e se organizaram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais e financiados no âmbito das empresas por empregadores e empregados. A assistência médica prestada aos trabalhadores destas categorias era essencialmente privada e ocorria em centros urbanos enquanto que a assistência hospitalar continuava concentrada nas Santas Casas de Misericórdia e outras instituições religiosas ou filantrópicas. (AGUIAR, 2011).

Conforme Bahia (2012) foi durante o segundo governo de Getúlio Vargas (1951 – 1954) que, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde independente do Ministério da Educação. Os objetivos da política de saúde eram o controle da tuberculose, das endemias rurais e a extensão dos serviços de saúde às populações rurais.

Nos anos seguintes, do governo de Juscelino Kubitschek (1956 – 1960) o país viveu um período de crescimento industrial acelerado, deslocando consideravelmente a população para os centros urbanos, gerando uma massa operária que deveria ser

atendida pelos serviços de saúde. O slogan de campanha de JK era “50 anos em 5”, o que denotava a clara intenção de mostrar agilidade em modernizar diferentes setores do país. (BAHIA, 2012).

Com a área da Saúde não foi diferente, de acordo com Hockman (2009) mesmo não sendo um aspecto central nas propostas de Kubitschek, sua campanha eleitoral de 1955 apresentou um plano para o setor de priorizar as políticas de saúde e desfazer a imagem de um país marcado pelas endemias rurais na década de 1920, principalmente pela dita ‘tríade maldita’, composta pelas seguintes doenças: ancilostomíase⁵, doença de Chagas⁶ e malária⁷.

Neste período, a capital Brasília foi construída e contava também com o apoio financeiro norte-americano, todavia esta assistência era concedida apenas a países que tinham como meta a erradicação de doenças endêmicas. (HOCKMAN, 2009).

⁵ Ancilostomíase é uma doença parasitária infecciosa intestinal. Nos anos 90, a OMS estima que mais de um bilhão de pessoas foram infectadas no mundo, porém menos da metade tiveram os sintomas. No Brasil entre 1920 e 1998 a prevalência caiu de 74% para 5,4% (rural) a 0,8% (urbana) da população conforme a urbanização aumentava e o uso de calçados se tornou cada vez mais comum, sendo que o principal modo de contágio se dava por contato com fezes de animais. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Ancilostom%C3%ADase>

⁶ A enfermidade foi nomeada em homenagem ao médico e epidemiologista brasileiro Carlos Chagas, que foi o primeiro a descrevê-la em 1908-1909, mas a doença não foi vista como um problema maior de saúde pública até a década de 1960 (a epidemia da doença de Chagas no Brasil na década de 1920 foi amplamente ignorada). A Doença de Chagas é uma antropozoonose causada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*. Na ocorrência da doença, observam-se duas fases clínicas: uma aguda, que pode ou não ser identificada, podendo evoluir para uma fase crônica caso não seja tratada com medicação específica. No Brasil, devido à transmissão vetorial domiciliar ocorrida no passado e hoje interrompida, predominam os casos crônicos. Estima-se que existam entre dois e três milhões de indivíduos infectados. No entanto, nos últimos anos, a ocorrência de Doença de Chagas aguda tem sido observada em diferentes estados, em especial na região da Amazônia Legal, principalmente, em decorrência da transmissão oral. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/doenca-de-chagas>

⁷ Malária é uma enfermidade causada por quatro espécies de protozoários do gênero *Anopheles*. Apenas a infecção por um tipo de protozoário é emergencial, as demais tornam-se crônicas. Caracteriza-se por cansado extremo associado com paroxismos de febre elevada, sudorese, calafrios com tremores e anemia. Ainda que não haja cura, o tratamento antiparasitário dá pela administração de medicamentos específicos. As formas de prevenção são o ataque ao mosquito e a proteção contra suas picadas. Historicamente, as ações antimalária se concentravam nas obras de hidrografia, na administração de drogas antimaláricas e no uso de larvicidas e pesticidas com destaque para o DDT, inseticida de ação residual, que foi principal instrumento dessas ações entre 1945 e 1970. Atualmente, é endêmica na região amazônica, com registro de quinhentos mil novos casos notificados nas Américas. (OPAS, 2001. In: HOCHMAN, 2007, p. 372).

Portanto, uma nova agenda na Saúde Pública foi implementada, na qual as doenças crônico-degenerativas, como a lepra⁸ e o bócio endêmico⁹ foram combatidas em campanhas sanitárias, implementadas a partir de 1957. Em fevereiro de 1958, o governo brasileiro lançou a Campanha de Erradicação e Controle da Malária (CEM), coordenada por Mário Pinotti, médico sanitário, também responsável pelo Grupo de Trabalho de Controle e erradicação da Malária (GTEM). Pinotti também era o diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que em 1965 atingiu uma conversão e 'quase extinção' da doença. (HOCHMAN, 2009).

Ao longo do regime militar (1964 – 1985), o governo ditatorial suprimiu os direitos políticos e civis da população para levar adiante um projeto de desenvolvimento econômico que articulava: capital internacional, grande capital nacional, além da tecnoburocracia civil e militar. Desta maneira, a estrutura previdenciária que na época era baseada na gestão tripartite e corporativista (trabalhadores, empresas e governo) e de ordem democrática caiu por terra e foi totalmente alterada. Nesse período, os IAPs foram substituídos, em 1966, pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) com o intuito de unificar institutos de aposentadorias e pensões e de excluir a participação dos sindicatos de empregados. (BAHIA, 2012).

O INPS ficou marcado pela centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios. Trabalhadores autônomos e empregados domésticos puderam se vincular à Previdência Social a partir de 1972, por meio de contribuições

⁸ O termo lepra está em desuso por sua conotação negativa histórica. Hoje, utiliza-se o termo hanseníase para especificar esta doença que possui cartilhas do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento eficazes. Entretanto, no período referido no texto, lepra era uma doença incurável e muito mutiladora, forçando o isolamento dos pacientes em leprosários. No Brasil existiram leis para que os portadores de lepra fossem "capturados" e obrigados a viver em leprosários, a exemplo do Sanatório Aimorés, em Bauru-SP, o Hospital do Pirapitingui (Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes) e o Hospital Curupaiti, em Jacarepaguá- RJ. A lei "compulsória" foi revogada em 1962, porém o retorno dos pacientes ao seu convívio social era extremamente dificultoso, em razão da pobreza e do isolamento social e familiar a que eles estavam submetidos. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hansen%C3%ADase>

⁹ Bócio endêmico- é o fenômeno que se manifesta quando as necessidades mínimas de iodo não são atingidas no dia-a-dia, em determinado segmento populacional, podem surgir várias anormalidades funcionais, particularmente atraso no desenvolvimento pondo estatural. Entre as mais comuns estão a alteração funcional da tireóide (com queda de T4 sérico e elevação do TSH), o aumento da glândula tireóide, inicialmente difuso, que tende a progredir para nodular se a carência iódica permanecer crônica. (KNOBEL e MEDEIROS NETO, 2004, p. 53-54).

diretamente feitas ao INPS. O crescimento significativo das coberturas da previdência e do aumento da assistência à saúde resultou na privatização das ofertas de serviços e de planos privados de saúde para a população. Já no início dos anos de 1970, o INPS se tornou o principal comprador e estimulador da organização da prática médica orientada pelo lucro. (BAHIA, 2012).

Dentro deste cenário da saúde no Brasil, na segunda metade da década de 1970 ocorreu uma mobilização popular pela redemocratização do país. Os protagonistas desta mobilização eram sindicalistas, representantes de diferentes categorias profissionais, intelectuais e militantes opositoristas aos governos militares, lideranças estudantis e cidadãos que buscavam perspectivas diversas das que vinham vivendo. (BAHIA, 2012).

Neste período, ocorre a criação de duas instituições de grande força política que articulavam temas de saúde pública e melhores condições de vida e pela democracia, quais sejam, o Centro Brasileiro de Saúde Coletiva (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), constituídas em 1976 e 1979, respectivamente. Na seção que se segue, abordarei mais especificamente como se constituíram estas entidades e como corroboraram para a efetivação da Reforma Sanitária e na criação do Sistema Único de Saúde no Brasil (PAIM, 2014).

1.2 Experiências de viagem no Brasil – a emergência da Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva tem sua origem no projeto preventivista, na segunda metade dos anos de 1950, quando começou a ser discutida com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁰. O projeto preventivista iniciou na Saúde Pública e tinha como objetivo a prevenção de doenças em lugar de seu tratamento. Os trabalhadores dos serviços públicos de saúde intervinham a partir dos dados

¹⁰ A Organização Pan-Americana da Saúde é um organismo internacional de saúde pública com um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde dos países das Américas. A integração às Nações Unidas acontece quando a entidade se torna o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. A OPAS/OMS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). Disponível: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672

epidemiológicos para ocorrer nas doenças transmissíveis mais frequentes e com o menor custo possível.

Arouca (2003) afirma que o conceito de Medicina Preventiva não se define apenas pela ausência de doenças, mas que é um conceito que comporta diversos aspectos. Para ele, a Medicina Preventiva, como formação discursiva, emergiu em um campo formado por três vertentes, quais sejam, a Higiene, que faz o seu aparecimento no século passado, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal. A discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que configurou o aparecimento do Estado interventor e o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica. (AROUCA, 2003, p. 109).

De acordo com o autor, o discurso Higienista estava impregnado de uma ideologia positivista, partindo do pressuposto de que cada indivíduo pudesse igualmente cuidar de si, tomando as medidas necessárias, a partir de normas pré-estabelecidas sobre como fazê-lo. Porém, nesta perspectiva, não se consideravam as diferenças de acesso ao conhecimento, nem a crise econômica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940 que resultaram em amplas desigualdades sociais e econômicas na população e que evidenciavam a impossibilidade desta homogeneidade no cuidado.

Com a divisão técnica e social do trabalho, os conhecimentos também entraram neste processo de compartimentalização sendo divididos em muitas disciplinas. A Medicina entrou nesta mesma lógica de funcionamento, estabelecendo também separações dos diversos conhecimentos de cada área. Desta maneira, a Higiene foi sendo absorvida na multiplicidade das disciplinas, perdendo sua potencialidade de síntese, em detrimento de um olhar mais amplo para o conceito de saúde.

Portanto, a saúde não foi mais entendida somente como a ausência de doença, mas se tornava um conceito muito mais amplo, envolvendo fatores diversificados que iam surgindo a partir de levantamentos epidemiológicos, estatísticos, a partir de um novo cenário político, social e econômico.

Esta lógica que Arouca (2003) narra sobre os acontecimentos nos Estados Unidos não demorou a se espalhar por toda a América Latina. No Brasil foram criados departamentos de Medicina Preventiva e Social nas escolas médicas que ministravam

disciplinas que ampliavam a abordagem clínica, sendo elas: Epidemiologia¹¹, Ciências a Conduta¹², Bioestatística¹³ e Administração de Serviços de Saúde¹⁴. Assim, se constituiu a preocupação com a perspectiva biopsicossocial dos indivíduos, tendo extensões pedagógicas para além dos hospitais, em trabalhos comunitários.

Segundo o Tratado de Saúde Coletiva (2006), esse movimento alternativo na Saúde teve relação com o Pós-Segunda Guerra Mundial (1950–1960), período em que iniciava o desenvolvimento dos países então conhecidos como de Terceiro Mundo. Esse momento histórico foi marcado pela força da ampliação estatal, com o aumento da produtividade pela força de trabalho em um projeto desenvolvimentista. Neste período também, a utilização e controle dos antibióticos e técnicas cirúrgicas consolidavam as práticas médicas individualizadas.

Com o advento da Medicina Social, no período de 1974 a 1979, foram se consolidando as constituições teóricas, através das pesquisas sociais e epidemiológicas, sobre determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde vigente, além das discussões de novas alternativas de práticas em saúde.

¹¹ Epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde – doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e construindo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de rotina, em consonância com as políticas de promoção à saúde. (Rouquayrol, 1989, citado por CAMPOS, 2006, p.345).

¹² Ciências da Conduta eram marcadas pelos enfoques culturalista e comportamental, e sob influência norte-americana, abarcando a saúde pública, a extensão agrícola e a educação, e reunindo a contribuição das diversas Ciências Sociais (a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia Social). A sua introdução no campo da saúde foi parte do processo de reformulação do ensino médico, mediante a inclusão do ensino da Medicina Preventiva e Integral, desde a década de 50. Procurava-se então corrigir as distorções da medicina individualizada e reordenar a prática médica, no nível da prática clínica. (CANESQUI, A.M., 1998, p.1).

¹³ Bioestatística: aplicação dos métodos estatísticos à solução de problemas biológicos. (CALLEGARI-JACQUES, 2007, p.15).

¹⁴ Administração de serviços de saúde: qualquer organização, onde as pessoas se agrupam para realizar determinadas tarefas, para produzir bens ou serviços, é necessário que haja um trabalho para prover as condições necessárias à realização de seus objetivos. Esse trabalho para conseguir o desempenho das tarefas e a satisfação humana é o que chamamos de administração (Hampton, 1980, citado por JUNQUEIRA, 1990).

Conforme Arouca (2003) a definição de Medicina Social aparece com duas tendências:

A primeira decorrente de sua origem no século XIX, com um movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou assumindo somente a modificação da medicina através da sua mudança institucional, como sucedeu na recente medicina social inglesa; a segunda é uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da Medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudos nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais. (AROUCA, 2003, p. 150).

A partir desta análise, penso que existem duas lógicas em confronto: a primeira, da Medicina Preventiva, aparece como uma prática ideológica, ligada a grupos hegemônicos da sociedade e que não se estabelece por tentar articular a prática da medicina com fatores econômicos. A segunda, da Medicina Social busca se diferenciar da primeira, pois reconhece o país como uma sociedade de classes sociais diferentes, com necessidades diversas e propõe produzir conhecimentos para uma prática transformadora.

Em meados da década de 1970, a Saúde Coletiva iniciou sua estruturação formal, tanto na formação de recursos humanos, quanto nos avanços das ciências sociais e no fomento ao desenvolvimento tecnológico e de inovação. No plano internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) assumiu que a Medicina Social tinha como objeto de análise as práticas e conhecimentos de saúde relacionados à sociedade. Outro marco importante neste período foi a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social, no Rio de Janeiro, em 1974.

Esta fase da constituição da Medicina Social caracteriza-se por um momento marcado por inúmeras pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde associada à importante construção teórico-conceitual, promovendo uma discussão de propostas alternativas às já existentes.

Conforme Paim e Almeida Filho (2000) a Saúde Coletiva foi um campo da saúde que surgiu, no Brasil, a partir de uma Saúde Pública em crise. Esta crise esteve presente em diversos países, concomitantemente às reformas econômicas,

administrativas e políticas realizadas, com o objetivo de assegurar algum espaço nas novas configurações dos mercados mundiais. Os autores apontam para as diferentes diretrizes das reformas sanitárias que aconteceram nos países da América Latina e que a política e a economia foram decisivas nas alterações sobre a organização das práticas de saúde.

De fato, o marco conceitual da Saúde Coletiva, tal como vem sendo construído a partir da década de 70, resulta, de um lado, da crítica aos diferentes movimentos e projetos da reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas e, de outro, da elaboração teórico-epistemológica e da produção científica, articuladas às práticas sociais. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000, p.62).

Neste contexto de diálogos da Saúde Pública e com a Medicina Social, a Saúde Coletiva contribuiu com os estudos do fenômeno saúde/doença nas populações, investigando a produção e disseminação das doenças, o que esses processos produziam e representavam na sociedade, analisando as práticas de saúde na educação em saúde e nos processos de trabalho e suas articulações com as práticas sociais. (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

É importante enfatizar que o campo da Saúde Coletiva surgiu como crítica ao modelo biomédico e representou a emergência de um modelo ligado primordialmente a ações pedagógicas e não diretamente às práticas médicas. A Saúde Coletiva busca compreender e identificar as necessidades, dificuldades e problemas de saúde e maneiras de se organizar para solucioná-los. Os fatores sociais, econômicos, étnicos/raciais, culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência e nos fatores de risco dos problemas de saúde da população, são chamados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A OMS define o conceito de Determinantes Sociais da Saúde “como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”. (CNDSS, 2010)¹⁵. Portanto,

¹⁵ CNDSS- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2005, ligada à OMS. O Documento Técnico da Conferência Mundial sobre DSS, realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011, designa como DSS as condições sociais nas quais os indivíduos nascem, crescem vivem, trabalham e envelhecem, as quais são responsáveis pelas enormes diferenças na situação de saúde entre países e entre os grupos populacionais no interior deles, diferenças essas que, por serem injustas e evitáveis, são denominadas iniquidades em saúde. (WHITEHEAD, 2000 apud PELLEGRIN FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO, 2014, p. 307).

os DSS são definidos a partir relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população e sua situação de saúde. Esta observação não foi novidade na história pois, como brevemente referido anteriormente, em meados do século XIX, autores como Villermé, na França e Chadwick e Engels, na Inglaterra, fizeram uma clara associação entre índices de mortalidade e formas de vida na pobreza. Na Alemanha também, Virchow considerado o pai da Medicina Social, em 1848, escreveu que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social” e que “as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica”. (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO, 2014).

Nos EUA, no início do século XX, foi criada a primeira escola de saúde pública do país, a Universidade Johns Hopkins, que fomentou as discussões em torno de, por quais caminhos deveriam se desenvolver as pesquisas em saúde pública. Com o desenvolvimento das pesquisas em microbiologia, teorias dos germes e com a multiplicação de pesquisas de enfoque biológico em seu hospital de ensino, questionava-se se saúde e doença deveriam ser pesquisadas em laboratórios ou se deveriam realizar pesquisas nas casas e nos locais de trabalho, buscando conhecer as condições de vida e os hábitos da população. Entretanto, a perspectiva biologicista se sobressaiu como marca das pesquisas e do ensino nesta instituição, gerando um modelo que não se limitava à escola de saúde pública de Hopkins, mas que se estendeu internacionalmente, com o apoio da Fundação Rockefeller¹⁶. (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO, 2014).

¹⁶ A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais vivenciada no início do século XX. Com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, consolidou-se nessa época uma ampla rede de organizações internacionais, cujo financiamento provinha, em sua maior parte, dos Estados Unidos. Instituição filantrópica e de cunho científico, ela atuou prioritariamente nas áreas de educação, medicina e sanitário. Estava associada a um grande grupo industrial e comercial norte-americano, liderado pelo milionário John D. Rockefeller, e priorizou o campo da saúde pública, atuando inicialmente no sul dos Estados Unidos, mas depois estendeu seus métodos de trabalho a outros países que apresentassem necessidade de controle e erradicação de moléstias, tais como ancilostomíase, febre amarela e malária. Disponível em: <http://arch.coc.fiocruz.br/index.php/fundacao-rockefeller-fundo-2>

No Brasil, em 1918, ocorreu a criação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo se constituiu e reproduziu o enfoque de ensino deste modelo médico-biológico, que seguiu com este enfoque como referência no combate às epidemias e na prevenção de doenças. Foi também a primeira escola de saúde pública do Brasil, destinada não somente a médicos, mas a outros profissionais sanitaristas.

No decorrer do século XX observa-se uma permanente tensão entre os enfoques médico-biológico e a perspectiva sociopolítica e ambiental que, de acordo com Pellegrini Filho, Buss e Esperidião (2014) começou a mostrar sinais de mudança, a partir do contexto pós Segunda Guerra Mundial, quando, em 1948, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS) que difundiu uma dimensão social no processo saúde-doença. Pois a OMS mostrou, desde sua constituição, uma concepção mais ampla sobre a definição de “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1948, s/n), ou seja, compreendendo a saúde para além de um enfoque centrado na doença.

É neste cenário de ampliação, de um olhar com maior relevância para a saúde, e não somente para a doença, que se inaugura um campo para a constituição da Saúde Coletiva.

De acordo com Nunes (2012) a Saúde Coletiva é um campo científico que produz saberes e conhecimentos que são aprendidos, mas também produzidos e colocados em prática por meio da Educação em Saúde e se realiza, no contexto do Sistema Único de Saúde, por meio de muitas mãos de trabalhadores em Saúde, que estão inseridos em um contexto de rede, onde não se trabalha sozinho, porém o fazer individual tem enorme importância visto que compõe um produto final que é a Saúde de todos.

Quando leio, neste contexto, “que se realiza por meio de muitas mãos de trabalhadores em saúde”, entendo que se refira a uma composição de sujeitos diversos, com saberes e fazeres diversos, com capacidade de pensar e de opinar de diferentes formas, e que juntos possam contribuir para a produção em saúde, de maneira a atuar de forma mais específica, de acordo com a situação de cuidado. Nesse sentido, Rocha (2015) aponta que “talvez esta seja a maior e mais interessante característica das redes: a possibilidade que têm de se organizar socialmente enquanto uma estrutura sem centro (descentralizada), onde todos os nós podem, simultaneamente, ocupar diferentes e distintas posições, dependendo dos interesses e dos temas tratados”. (p.2).

É interessante pensar no coletivo como uma estrutura de rede e nos encontros dos nós da rede, como intersecções entre os componentes da mesma. Nesta trama descentralizada todos os nós são importantes, todos são detentores de saberes e talentos a serem colocados em ação nos momentos oportunos, com intensidades que adquirem tons com inúmeras afinações, de acordo com a temática tratada. Ou, ainda, como afirma Rocha (2015) que a potência das redes está em sua capacidade de facilitar a circulação e a troca de informações, o aprendizado coletivo por meio do compartilhamento e da colaboração em ações e experiências e também na ampliação do poder de decisão que está pulverizado entre os vários nós da trama.

Essa ideia da ampliação do poder decisório me faz pensar sobre o como esse poder circula na trama entre os nós, e nas intensidades diversas com que é colocado em prática. Nesse sentido, os autores Santos e Andrade (2013) assinalam:

Na organização de uma rede, todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaços para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando. Todos devem, juntos, construir condições para operar serviços, sistemas, organizações. Na realidade, na rede, na medida em que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados, insuficientes para, por si sós, garantir a efetividade dos direitos sociais, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública: aquela que se fundamenta no consenso, na negociação. (p. 31).

É claro que não se pode cair no entendimento raso de que este seja um exercício fácil, pois quando se fala em consenso e negociação, está se falando em embates, em jogos de forças, forças essas compostas por saberes e fazeres diversos, que para chegarem a um mesmo fim, necessitam que os componentes colaborem e atuem conjuntamente. Quero dizer que os movimentos não são fluídos e cadenciados, mas que a fluidez e a cadência na produção em saúde só podem ser atingidas por meio do ensaio, por meio do exercício das práticas.

As práticas no campo da saúde são exercidas por diversos atores sociais, sendo estes os componentes dos inúmeros setores e segmentos públicos e privados, que inter-relacionados produzem saúde e são produzidos por ela, quais sejam: trabalhadores e usuários em saúde, instâncias diversas da população, profissionais, intelectuais, docentes em saúde, enfim, são atores sociais todos que se envolvem com as questões de saúde e qualidade de vida. Não mais somente o Estado, nem tão pouco só o setor saúde são envolvidos. (BUSS, 2000).

Desta maneira, caminha-se em direção a superar a lógica de compreender a Saúde Coletiva ou as políticas públicas de saúde como iniciativas exclusivas do aparelho estatal ou de uma instância específica. No contexto da Saúde Coletiva, as ações em saúde são sempre elaboradas e pactuadas em fóruns participativos onde estarão presentes os diversos atores sociais, representando múltiplos interesses e necessidades sociais e áreas de conhecimento, o que não exime o Estado de seus compromissos e da participação efetiva, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro e da Constituição Federal.

1.3 Fotografias de um ponto turístico – O Sistema Único de Saúde

Segundo Aguiar (2011), no final dos anos de 1970, nos últimos anos do regime militar no Brasil, o país estava imerso em uma crise econômica marcada por alta inflação e forte recessão econômica. Paralelamente, ocorria o fortalecimento dos sindicatos de diversas categorias profissionais e da oposição política, que construía um projeto de Reforma Sanitária que vislumbrava a criação de um sistema único de saúde, pois no regime militar o sistema de saúde era marcado pela assistência médica curativa, vinculada ao setor privado com altos custos e de difícil acesso para a população.

Este projeto era defendido por um movimento sanitário, composto por lideranças populares, trabalhadores, sindicalistas, parlamentares de esquerda, sindicatos, intelectuais e estudantes da área da Saúde e entidades como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde-Cebes e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Abrasco. O Cebes foi criado em julho de 1976 e, por meio da revista 'Saúde em Debate'¹⁷, mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de críticas e propostas para reformas do sistema de saúde. A Abrasco foi criada em 1979 e atuava na formação de profissionais com ênfase na saúde coletiva e articulação com a sociedade organizada e o poder público, para a reorganização das políticas públicas de saúde. (AGUIAR, 2011, p.35).

¹⁷ A Revista Saúde em Debate foi fundada em 1976 e, ao longo da sua existência e resistência, tem sido fundamental à comunidade da Saúde Pública, colaborando para a construção de um pensamento crítico no campo da saúde. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/sobre/index.php>

De acordo com a autora, estas instituições tiveram papel fundamental na politização, divulgação de conhecimentos, críticas e experiências inovadoras na área da saúde, além de propostas de articulação da sociedade para as mudanças na esfera sanitária, fortalecendo a proposta da Reforma Sanitária em constituição ao longo dos anos de 1970 e 1980. (AGUIAR, 2011, p. 35). Penso que seja importante ressaltar que tais práticas se alinham aos princípios da Saúde Coletiva – englobando as lógicas de Educação e Promoção em/da Saúde – conforme apresentei até agora.

A partir de 1980, iniciou-se um estágio chamado “político-ideológico” que recebeu este nome devido à disseminação de propostas de sentido sócio-político que marcaram a reforma sanitária. As propostas de reforma ocorreram em eventos de destaque como: VII Conferência Nacional de Saúde (1980) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Ambas aconteceram em Brasília e tinham, respectivamente, os seguintes temas: “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos” e “I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial”, sendo esta última compostas por três eixos. As propostas que surgiram a partir destes encontros se deram no sentido de agregar as forças sócio-políticas para a sustentação do sistema de saúde. (NUNES, 2012, p. 23).

Segundo Arouca (1998) não resta dúvidas de que o marco do movimento que ficou conhecido com Reforma Sanitária Brasileira foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Brasileira de 1988. A Reforma Sanitária nasceu na luta contra a ditadura militar, tinha um cunho político muito marcado na Saúde e na Democracia.

Esse processo de reforma setorial seguiu até os anos 2000, marcada por quatro grandes acontecimentos: o primeiro deles foi a criação dos SUDS-Sistemas Unificados Descentralizados de Saúdes, que propunham a descentralização das decisões políticas, a superação da dicotomia entre ações curativas e preventivas, a regionalização e a hierarquização da rede, além de um melhor desempenho do setor público e controle do setor privado, resolutividade, integralidade e universalização do atendimento. Privilegiava-se ainda um planejamento ascendente, iniciado nos Municípios, passando pelos Estados e seus respectivos sistemas de saúde, chegando à União, que seria responsável pela política nacional de saúde. (JUNQUEIRA, 1989, p. 17).

O segundo grande acontecimento foi a Constituição Federal de 1988, período no qual se concluiu o processo constituinte e foi promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. O artigo 196 da Constituição Federal cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde. O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público (BRASIL, 1990).

O terceiro marco importante se deu com a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080 e nº 8.142, de 1990. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado. (BRASIL, 1990). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Esta instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990).

E o quarto momento importante na constituição da reforma setorial foi o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

A partir da Constituição Federal de 1988, no que tange à Organização do SUS foi a constituição de redes regionalizadas e hierarquizadas¹⁸. A novidade que surgiu

¹⁸ No Artigo 198 da Constituição Federal, que trata do SUS, ficou estabelecido que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade”. Essa premissa orienta a organização do sistema de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, visando à organização de uma rede pública de atenção à saúde que envolve desde a promoção até a recuperação da saúde de todas as pessoas.

a partir do Decreto nº 7508/ 2011 foi a definição de territórios em cada um dos Estados do Brasil, que passaram a serem organizados por regiões da saúde. Em cada uma destas regiões o gestor estadual de saúde deve estar em articulação com os gestores municipais, para desta maneira, definir a gestão regional.

O Decreto cita como conteúdo mínimo de cada região, ter de dar conta das seguintes instâncias, quais sejam: Atenção Primária (postos de saúde e ESFs), Urgência e Emergência (ambulâncias da SAMU), Atenção Psicossocial (CAPs, incluindo o AD), Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar (serviços de saúde específicos, restritos às pessoas com necessidade de atendimento por especialistas) e Vigilância em Saúde. Todas estas instâncias são consideradas portas de entrada do SUS, locais de atendimento inicial à saúde.

A Hierarquização das Ações e Serviços em Saúde deve se dar em níveis de complexidade crescentes, garantindo o acesso universal ao usuário de saúde, onde deve ser realizada a avaliação de risco e o critério cronológico de espera para o adequado atendimento.

Os atendimentos de baixa complexidade, normalmente ocorrem através da Atenção Primária, nos postos de saúde, que possuem uma estrutura física mais simples e pouca maquinaria, porém contam com as Equipes de Saúde da Família, que acompanham pacientes por meio de atendimentos domiciliares, com um trabalho fortemente focado em ações de promoção à saúde e prevenção de riscos.

De acordo com o documento do CONASS (2007) os atendimentos de Média Complexidade e de Alta Complexidade são realizados em ambulatórios e hospitais, com maior estrutura física e de maquinário. Os problemas de saúde atendidos nestes níveis de complexidade demandam a intervenção de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A partir da Lei Orgânica nº 8.080/ 1990, a articulação interfederativa já era composta pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composta pelas três esferas de governo, Municípios, Estados e União, vinculada ao Ministério da Saúde. Também já era instituída a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta pelos Estados e Municípios e vinculada às Secretarias Estaduais de Saúde.

Dá ênfase também à participação popular e ao controle social sobre as decisões das políticas de saúde, na execução e na fiscalização dos serviços e recursos aplicados na saúde. (WEIGELT, 2007, p. 12).

A novidade do Decreto nº 7.508/ 2011 sobre a Articulação Interfederativa, legislou sobre a criação da Comissão Intergestores Regional (CIR), vinculada às Secretarias Estaduais de Saúde. Esta Comissão foi criada com o objetivo de constituir um canal permanente de negociação e decisão entre gestores municipais e estaduais para a constituição da rede regionalizada, em conformidade com as regras da gestão compartilhada do SUS.

Neste contexto, após comentar elementos relativos à gestão em saúde, destaco que a Política Nacional de Humanização foi criada pelo Ministério da Saúde em 2003 e tem como objetivo efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a constituição de sujeitos.

A PNH é constituída pela inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, através da transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos. Esses princípios podem ser entendidos como disparadores de desdobramentos enquanto política pública de saúde. (HUMANIZA SUS, 2010, p.18).

O Caderno Humaniza SUS (2010) sustenta que uma política de humanização diz respeito às diretrizes do sistema de saúde, buscando sistematizar os princípios básicos do Sistema Nacional da Saúde, que são universalidade, equidade e integralidade de acesso à saúde. A Política Nacional entende a humanização como “o aumento de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho”, e fundamenta-se “na troca e construção de saberes, no diálogo entre profissionais, no trabalho em equipe, na consideração às necessidades, nos desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde” (p. 10).

Diante disto, destaco que os objetos (tecnologias), as práticas (programas, propostas) e as intenções (discursos, leis) não são, necessariamente, ‘bons ou maus’, tendo em vista as relações do campo problemático que os engendra e, também, aquelas que podem produzir. Ou seja, é preciso acompanhá-los em seus exercícios, produção de sentidos e conexões; avaliando ético-politicamente seus índices de abertura às multiplicidades sociais, naquilo que promovem e atualizam como produção de realidade. (NEVES e MASSARO, 2009).

Assim, entendo as políticas públicas como ações do Estado que operam no sentido de investir sobre a vida das populações. Estas reflexões levam-me a

conjeturar a Política Nacional de Humanização também como um dispositivo de normatização, do qual muitos sujeitos desejam fazer parte, pois esta política se propõe a fazer mais pela população, com menor custo possível para o Estado.

Assim, proponho pensar nesta política pública, como um conjunto de práticas de governo, como sugere Veiga-Neto (2005). Porém, tal problematização será feita no último capítulo, pois nos próximos, apresento os conceitos por meio dos quais penso e discorro acerca da Política Nacional de Humanização na Saúde e, também, os caminhos que segui para abordar o tema.

2. FERRAMENTAS DE VIAGEM

Neste capítulo, intitulado “Ferramentas de viagem”, exponho conceitos teóricos com os quais operei no decorrer desta pesquisa/viagem. Entre eles, destaco aqueles que considero centrais, quais sejam, Biopoder, Governamentalidade, pois são relevantes no que se refere à problematização de questões relativas à saúde e estão articulados às práticas de Educação, conforme apresentarei mais adiante.

Contudo, antes de prosseguir, gostaria de situar que a escolha da analogia às ferramentas de viagem, refere-se à metáfora que Foucault usou, considerando um modo de, por meio de determinados conceitos, examinar os discursos que produzem o tema, de forma minuciosa, para compreender o que está presente nas práticas sociais. Conforme o filósofo explica:

[...] pensar a teoria como uma caixa de ferramentas significa que: a) se trata de se construir não um sistema, mas um instrumento: uma lógica própria às relações de poder e às lutas que se estabelecem em torno delas; b) a pesquisa não pode ser feita senão pouco a pouco, a partir de uma reflexão (necessariamente histórica em algumas de suas dimensões) acerca de determinadas situações. (FOUCAULT, 2001, apud VEIGA-NETO, A. e LOPES, M. C., 2007, p. 951).

Pesquisar dessa maneira, tomando a teoria como um instrumento de reflexão me ajuda a pensar sobre o funcionamento das relações de poder ou dos momentos de embates. Neste sentido penso que é possível se problematizar posições de sujeito que reforçam e transformam verdades e, ainda, definem posições políticas. Ou seja, acredito que por meio deste modo de agir como pesquisadora é possível tensionar os processos de subjetivação.

Diante disto, nas seções que se seguem, apresento questões relativas ao caminho teórico por meio do qual produzo e tensiono meu objeto de pesquisa – a Política Nacional de Humanização em saúde.

2.1 Bagagem de mão – as experiências de si

Enquanto psicóloga, que transita entre a Educação e a Saúde, sinto-me instigada a pensar sobre os modos pelos quais se constituem os sujeitos, a partir de determinadas verdades e, ainda, como estes sujeitos (re) produzem determinadas realidades.

Compreendo que o sujeito é produzido por discursos e práticas que ocorrem em determinados tempos e espaços e que são atravessados por diversos domínios de saberes e poderes, marcando, assim, modos de subjetivação e realidades. Portanto, não entendo que exista uma essência que componha os sujeitos, uma natureza preexistente ou uma identidade que defina quem são determinadas pessoas ou coletivos. Tampouco penso que o ser humano pronuncie/pratique discursos que necessitem de algum tipo de desvelamento ou que se deva “buscar verdades por detrás do que está sendo dito”.

Todavia, entendo que os seres humanos se instituem dentro de campos de discursos e de práticas que, em determinado contexto histórico-social, produzem sujeitos com características marcadas por aquelas experiências vividas.

Neste sentido, Foucault (2007) afirma que o sujeito é uma invenção da Modernidade, pois ele se instituiu em uma trama histórica que possibilita que se produza de uma forma e não de outra, dentro de um determinado contexto. Assim como os processos de subjetivação se configuram por constituições históricas-sociais-políticas dos sujeitos, estes também são produtores de saberes dos meios nos quais

estão inseridos, produzindo-se assim, cotidianamente, por meio das experiências de si¹⁹.

De acordo com Hüning e Guareschi (2005):

[...] uma dicotomia da própria Modernidade: a separação entre o que dizia a respeito à Ciência e à política, sendo a primeira reconhecida como valor supremo, como algo que justificava e legitimava a si mesma. Foucault desconstrói esta oposição mostrando a estreita relação entre saberes e poderes, portanto, o comprometimento político das ciências. Nesta proposição, implica-se a produção de conhecimentos com a esfera política e dimensiona-se a Ciência como constituinte das práticas culturais. (p.111-112).

Desta forma, o pensamento Moderno foi marcado por uma Ciência que estava em um patamar de importância acima da cultura, com saberes absolutos, “verdadeiros”. O que o pensamento foucaultiano apontou foi o quanto essa necessidade “da Ciência estar no lugar da verdade”, se configura em uma forma muito eficiente de governar, pois eram as “verdades científicas” que ditavam as normas e conduziam as condutas. Todavia, o autor evidencia a relação política e cultural dos saberes científicos como formas de governar.

Diante destas questões, nos dias de hoje, penso em meu problema de pesquisa para refletir sobre como operam dos regimes de verdade estabelecidos por meio da Política Nacional de Humanização, especialmente no campo da saúde.

Hillesheim (2015) traz um apontamento importante a respeito dessa questão quando afirma que “as políticas públicas se constituem como ações de governo, ou seja, têm como referência o Estado, dispondo sobre as ações necessárias para alcançar os objetivos almejados em determinada área” (p. 792). Nessa afirmação, observa-se a intenção das políticas públicas de darem conta de demandas sociais, mas também de conduzirem as condições de vida das populações, das exigências de mercado e das relações estratégicas que compõem um complexo jogo de forças, que Foucault (1999) chamou de Biopoder.

Nos parágrafos da seção seguinte procurei trazer, de maneira breve, um entendimento dos caminhos do poder para Michel Foucault, com o objetivo de aprofundar mais a forma como as Políticas Públicas operam sobre os sujeitos e de como estes se moldam subjetivamente a partir delas.

¹⁹ Tal questão será abordada mais adiante.

2.2 Considerações sobre a mala que carreguei – O poder pela perspectiva foucaultiana

Michel Foucault não entendia a História como fundamento, mas como maneira de questionar as práticas, suspeitando das verdades estabelecidas. Neste contexto, tomava-a como ferramenta para torcer e para transgredir aquilo que era dado como natural. Para tanto, Foucault (1999) fez uma análise minuciosa acerca dos mecanismos do poder e das formas pelas quais essas tecnologias agiam sobre a vida das pessoas e das populações, produzindo realidades e modos de subjetivação. Para o autor, compreender como o poder operava nas relações entre a sociedade e o Estado, permeados pela trama histórica em que ocorriam e composta por elementos como a economia, a cultura, a organização dos saberes, foi um dos fenômenos fundamentais em seu percurso analítico sobre a produção dos sujeitos.

Assim, Foucault analisou a teoria clássica do poder soberano no séc. XVII e início do séc. XVIII que atuava sobre os corpos dos sujeitos, em uma lógica que decidia pelo “*fazer morrer ou deixar viver*”, na qual a vida era uma consequência de um poder instituído. Os súditos eram subjugados ao poder do soberano que tinha autonomia para determinar a morte ou as condutas de vida sobre seus corpos. O que ocorria era o exercício de poder de forma assimétrica, ou seja, só atingia a vida na medida em que exercesse o poder de matar. Desta forma, centrava-se na morte, e não em “fazer viver”. (FOUCAULT, 1999).

A partir do final do séc. XVIII, com a emergência do Estado moderno, iniciou-se uma transformação na maneira de exercer o poder sobre a vida e entrou em cena a lógica de poder que investia na vida, de “fazer viver e deixar morrer”. Houve a instalação de um direito que não veio substituir o anterior, mas somou-se a ele e o modificou.

Essa transformação não ocorreu de repente, todavia, foi se moldando na medida em que a vida passou a ser problematizada no campo político, ou seja, na medida em que foi sendo entendido que quanto mais se sabia sobre a vida, melhores eram as escolhas acerca das ações para conduzi-la da melhor maneira, fazendo-a (re) produzir condutas previsíveis, governáveis. Este movimento de unir conhecimentos mais apurados sobre o que se quer dominar, para melhor governar,

foi chamado por Foucault de procedimentos de Saber-Poder, que reforça a ideia de que jamais se governa alguma coisa sem conhecê-la bem.

Assim, o conjunto de procedimentos emergentes da união Saber-Poder, que atua sobre os corpos vivos através da disciplina, Foucault chamou de tecnologias de Estado, de biopoder. Portanto “o biopoder foi um elemento indispensável para o desenvolvimento do capitalismo. Serviu para assegurar a inserção controlada dos corpos no aparato produtivo e para ajustar os fenômenos da população aos processos econômicos”. (CASTRO, 2009, p.58).

O biopoder foi (e é) uma estratégia ampla de poder que objetiva potencializar a vida por meio de uma lógica de produção de forças em defesa da vida. Desta forma, o biopoder sucede, historicamente, o direito do poder do soberano exercido na lógica inversa, de gerir sobre a morte, de apropriar-se do tempo, dos corpos e da vida dos súditos. A novidade se deu na forma de ação das tecnologias de poder, que antes decidiam sobre a vida ou a morte e que passaram a se centrar nos corpos, individualmente.

De maneira didática, Pélbart (2003, p. 57) afirma que o “fazer viver”, característico do biopoder, ao qual se referia Foucault, configurava-se de duas formas principais: a disciplina e a biopolítica. Na disciplina, os corpos eram investidos de vigilância e organização, em campos de visibilidade em que pudessem estar sob controle. Esses corpos eram treinados e exercitados para aumentar sua força útil, por meio de técnicas disciplinares. De acordo com Duarte (2015), esse poder disciplinador e normalizador, que ocorreu ao longo do século XVIII e na virada do século XIX, tinha uma forma de operar não mais sobre os corpos individualizados, mas, sobretudo, concentrava-se na figura do Estado e era exercido como política com a intenção de administrar a vida e o corpo da população. (p. 40).

Em “Vigiar e Punir” (1996), Michel Foucault desenvolveu uma profunda análise do poder disciplinar no século XVII, na qual mostrou que o objetivo do poder disciplinar sobre os corpos era o de torná-los dóceis, assujeitados, adestrados e facilitar o controle sobre eles. Esses comportamentos se tornavam disciplinados, principalmente, por meio das instituições de sequestro, como chamava o filósofo, quais sejam, as escolas, as prisões, as fábricas, etc. Estas instituições concebiam o corpo enquanto máquina, passível de controle e manipulação, operando desta forma, de maneira anátomo-política, ou seja, operavam politicamente sobre os corpos, individualmente, com o objetivo de governar suas mentalidades.

No texto “A política de saúde no século XVIII²⁰”, Foucault refere que:

“a reforma dos hospitais e, mais particularmente, os projetos de sua reorganização arquitetural, institucional e técnica tiveram sua importância, no século XVIII, relacionada a um conjunto de problemas que colocavam em jogo o espaço urbano, a massa da população com suas características biológicas, a célula familiar densa e os corpos dos indivíduos. Na história destas materialidades, permeadas pela política e pela economia, é que se inscreve a transformação “física” dos hospitais. (FOUCAULT, 1979, p. 17).

Com esta afirmação, o autor deixa evidente que as transformações físicas e arquiteturais nos ambientes de sequestro, como nos hospitais, por exemplo, serviram de estratégias muito bem maquinadas com o objetivo de ampliar o controle e a vigilância sobre os corpos. O poder disciplinar é caracterizado pela norma, esta é que define como deve ser feito o adestramento ou serialização. A disciplina coloca um modelo ideal, que é construído em função de certos resultados. Esta operação de normalização disciplinar procura talhar os comportamentos, os gestos, os atos, conforme o modelo.

A norma é fundamental, pois ela é estabelecida primeiro. É com relação a ela, tendo-a como parâmetro, que se define o que é normal e o que é anormal. Para a ação de colocar alguém ou alguma situação dentro da norma, no sentido de como ela opera sobre os sujeitos, Foucault (1999) afirma:

[...] pode-se dizer que o elemento que vai circular entre o disciplinar e regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo quanto a uma população que se quer regulamentar”. (FOUCAULT, 1999, p. 302).

A partir da regulamentação das normas promovia-se a redução de riscos de doenças, de indivíduos perigosos e outras situações sociais vulneráveis que ofereciam perigo à sociedade. Essas tecnologias disciplinadoras precederam o capitalismo moderno.

Para pensar como se projetou esta lógica para o campo da Educação, pode-se pensar que a educação moderna não se inscreve somente na disciplinarização dos

²⁰ Foucault. M. “*La politique de la santé au XVIII siècle*”. In: Foucault et al. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: Pierre Mardaga, 1979. (As máquinas de curar: as origens do hospital moderno. Tradução livre).

corpos individuais, como também no processo de disciplinarização dos saberes. (CASTRO, 2006).

No final do século XVIII, com as novas formas de produção e exigências econômicas e políticas, tornou-se necessária a intervenção do Estado para ordenar esta área. Neste processo de disciplinarização surgiu a ciência, que veio tomar o lugar de saber fundamental e que até então era ocupado pela filosofia. Nesta esteira emergiu a universidade moderna, com sua seleção de saberes e institucionalização do conhecimento. No processo de disciplinarização dos corpos, constituíram-se as ciências da normalidade estabelecendo o que era normal ou anormal. Neste sentido, fortaleceram a disciplinarização dos corpos, e esta, por conseguinte, legitimava as réguas de normalidade.

A serviço desta racionalidade política se instituíram as Ciências Humanas, incluindo a Pedagogia, a Sociologia, a Psicologia, a Antropologia e outras mais, como dispositivos de poder para, juntamente com a área jurídica, estabelecer e ditar as regras de ser e agir em sociedade. Para Foucault (1999) a Modernidade²¹ foi marcada pela sociedade disciplinar, na qual o poder estava centrado sobre os corpos, individualmente, o chamado poder anátomo-político, porém, a partir de meados do século XVIII, o autor fala de uma biopolítica da população, do corpo-espécie.

Com o aumento da população e com as conseqüentes dificuldades político-econômicas, houve maior investimento por parte do Estado no cuidado com a vida, a partir do controle de doenças endêmicas, da mendicância na rua e da violência, etc.,

O poder, organizado em termos de soberania, tornou-se inoperante para manejar o corpo econômico e político de uma sociedade em vias de explosão demográfica e, ao mesmo tempo, de industrialização. Por isso, de maneira intuitiva e ao nível local, apareceram as instituições como a escola, o hospital, o quartel, a fábrica. Em seguida, no século XVIII, foi necessária uma nova adaptação do poder para enfrentar os fenômenos globais de população e os processos biológicos e sociológicos das massas humanas. (CASTRO, 2009 p. 59).

O que ocorreu com a sociedade moderna foi que o poder político deixou de assumir a forma de poder soberano, aquele poder que operava de modo

²¹ Tomo o conceito de Modernidade por duas acepções: a primeira refere-se aos movimentos artísticos de meados do final do século XIX; a segunda acepção é histórica e filosófica, fazendo referência ao termo "moderno" e significando "modernidade" – a época que se segue à época medieval. (PETERS, M., 2000, p. 12).

individualizante e governado com os instrumentos da lei, e passou a governar a população, com um complexo aparato gerencial e administrativo, por meio de políticas e estratégias.

Para Foucault, a biopolítica operava coletivamente sobre os corpos, mas também individualmente, buscando ampliar as práticas governamentais, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituído em populações.

Logo, depois da primeira tomada de poder sobre o corpo, que se fez consoante o modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante mas é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não ao homem-corpo, mas ao homem-decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é mais uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana. (FOUCAULT, 1999, p. 289).

Com o advento do capitalismo²² e do liberalismo²³, Foucault (1997) abordou o conceito de governamentalidade, por meio das práticas biopolíticas. O autor entendeu o “liberalismo como princípio e método de racionalização do exercício de governo—racionalização que obedece à regra da economia máxima” (p.90). Tanto no sentido político quanto econômico, ou seja, era preciso governar mais e melhor com menor esforço e custo, sem parecer estar exercendo o poder. Um governo mínimo como uma economia máxima.

Creio ser importante trazer uma espécie de definição ou esclarecimento, que Foucault (2015) atribuiu à governamentalidade:

²² Capitalismo: sistema econômico e social predominante na maioria dos países industrializados ou em industrialização. Neles, a economia baseia-se na separação entre trabalhadores juridicamente livres, que dispõem apenas da força de trabalho e a vendem em troca de salário, e capitalistas, os quais são proprietários dos meios de produção e contratam os trabalhadores para produzir mercadorias (bens dirigidos ao mercado) visando à obtenção de lucro (SANDRONI, 1989, p.42).

²³ O Liberalismo entendido por Foucault (1997) como princípio e método de uma racionalidade de governo que obedece a regra da economia máxima... O liberalismo rompe com essa “razão de Estado”, que desde o final do século XVI tinha buscado no exercício e no esforço do Estado a finalidade capaz de justificar uma governamentalidade crescente e de regular o seu desenvolvimento. O liberalismo se apresentou como uma crítica da irracionalidade própria ao excesso de governo. (FOUCAULT, 1997, p.90 e 91).

Com esta palavra quero dizer três coisas:

1. O conjunto formado pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permite exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança.
2. A tendência que em todo o Ocidente conduziu incessantemente, durante muito tempo, à preeminência deste tipo de poder, que se pode chamar de governo, sobre todos os outros - soberania, disciplina, etc. - e levou ao desenvolvimento de uma série de aparelhos específicos de governo e de um conjunto de saberes.
3. O resultado do processo através do qual o Estado de justiça da Idade Média, que se tornou nos séculos XV e XVI Estado administrativo, foi pouco a pouco governamentalizado. (2015, p. 291-292).

A racionalidade governamental moderna possui duas características paradoxais: a primeira é que a centralização do poder político está no Estado, que possui uma administração e uma burocracia bastante organizadas. A segunda característica é que o Estado Moderno é marcado por um poder individualizante, um poder pastoral²⁴, o qual desenvolve tecnologias capazes de governar as condutas da população, de maneira contínua e permanente. Esta lógica de governo objetiva assegurar, sustentar e aperfeiçoar constantemente a vida de cada uma das pessoas, funcionando através do controle político, um poder individualizante entrelaçado com o intuito de centralização.

Logo, a governamentalidade é uma maneira de gestão das práticas sociais e constituiu-se a partir de três fenômenos: a pastoral cristã, a técnica diplomático-militar²⁵ e a polícia²⁶. Entretanto, estas três instâncias jamais se excluíram, pelo contrário, se integraram, se potencializaram. Assim como não houve uma substituição da sociedade soberana pela sociedade disciplinar e depois por um biopoder. Estas

²⁴ O poder pastoral ampliou-se no Oriente, sobretudo na sociedade hebraica. Ele se exerce menos sobre o território fixo do que sobre uma multidão em deslocamento em direção a um alvo; tem o papel de dar ao rebanho a sua subsistência, de cuidar cotidianamente dele e de assegurar a sua salvação; enfim, trata-se de um poder que individualiza, concedendo, por um paradoxo essencial, um valor tão grande a uma só de suas ovelhas quanto ao rebanho inteiro. É esse tipo de poder que foi introduzido no Ocidente pelo cristianismo e que tomou uma forma institucional no pastorado eclesiástico: o governo das almas se constitui na Igreja cristã como uma atividade central e doura, indispensável à salvação de todos e de cada um. (FOUCAULT, 1997, p.82).

²⁵ A técnica diplomático-militar é uma tecnologia que consiste em assegurar e desenvolver as forças do Estado por um sistema de alianças e pela organização do aparelho armado. (FOUCAULT, 1997, p.83).

²⁶ A polícia era uma tecnologia, com o sentido dado na época, constituída por um conjunto dos meios necessários para fazer crescer, do interior, as forças do Estado. (FOUCAULT, 1997, p.83).

não se excluíram, nem se anularam, mas se complexificaram, se agregaram, com o objetivo principal de aprimorar o controle das populações, através de mecanismos como os dispositivos de segurança cada vez mais elaborados que visam ao maior controle da vida pelo Estado, com menor uso de força, no qual a própria população também passa a se autogovernar.

A população aparece, portanto, mais como um fim e instrumento do governo que como força do soberano; a população aparece como sujeito de necessidades, de aspirações, mas também como objeto nas mãos do governo; como consciente, ante o governo, daquilo que ela quer e inconsciente em relação àquilo que se quer que ela faça. (FOUCAULT, 2015, p. 425).

O que o autor trouxe nesta afirmação é que existe uma propagação da rede de poder, que perpassa a população no sentido de que esta deseja, conscientemente, fazer parte de uma lógica complexa, em que o poder é circulante e o poder do Estado está a produzir uma teia de controle, dependente e interconectado com cuidado não somente da população, mas de cada um que compõe a rede.

Desta forma, remetendo-me à problemática desta pesquisa, sugiro que o que faz com que a norma opere como reguladora dentro da lógica da PNH é justamente a nova forma de organização do trabalho em saúde. Esta organização está embasada no funcionamento em rede, em que a estratégia está em criar novas formas de atuação nas práticas, para potencializar a inclusão de pessoas no acesso ao cuidado e serviços em saúde. Esse imperativo da inclusão nunca será totalmente concluído, pois, como somos diferentes, sempre haverá algum escape, alguma diferença que fique na exclusão.

No capítulo seguinte mostrarei ao leitor como operei com os documentos e com as leis utilizados nesta pesquisa, no sentido de entendê-los como materialidades para olhar como estão dados os processos de biopolítica e governamentalidade, acerca da Política Nacional de Humanização.

3. O ROTEIRO DA VIAGEM

Antes da experiência de realizar esta pesquisa, ao pensar na etapa metodológica, eu a associava, imediatamente, a um modo de fazer e supunha que existisse um jeito pronto, um caminho que tivesse passos a seguir e que, a partir desses passos, iria encontrar as respostas àquilo que tinha como problemática.

Porém, no processo de execução e a partir dos estudos realizados durante este período, passei a compreender o método de pesquisa de modo diferente. Compreendi tal elemento como uma “sugestão acerca de como fazer pesquisa”, pois me deparei com muitos “roteiros de viagem” a serem utilizados para percorrer e desbravar os caminhos pelos quais busquei respostas – se é que podem ser chamadas assim – sobre o problema desta pesquisa.

Contudo, uma questão me pareceu certa: independentemente da escolha metodológica que fizesse, seria necessário indagar sobre meu objeto de pesquisa, colocá-lo sob interrogação, pois se não o fizesse, de que forma poderia inquirir sobre ele, me distanciar dele enquanto uma verdade com a qual me identificava?

Lembrando do período inicial da escrita da dissertação, recordo de questionamentos que muito me desacomodavam, quais sejam, aqueles que meus orientadores faziam, por escrito ou presencialmente, após a leitura dos meus textos:

“Quem disse que é assim”?

“Por que afirmas isto”?

“Só existe esta forma de pensar”?

Na maior parte das vezes em que recebia estes apontamentos, sentia-me confusa, reagia com certa desconfiança com relação ao propósito daquelas apreciações e, por vezes até pensava:

“Será que eles querem me orientar”?

Nas inúmeras conversas e orientações e, também, a partir das leituras sobre método de pesquisa a partir do referencial pós-crítico, fui compreendendo que havia algo de pessoal naqueles apontamentos. Era pessoal o fato de proporem que eu enxergasse o objeto de pesquisa por outros ângulos, que “torcesse” ou que “brigasse” com o objeto!

Hoje, ao escrever estas palavras, rio involuntariamente, achando cômica a minha indignação, pois entendo que tais apontamentos ocorriam para me provocar a pensar diferentemente do que estava pensando, para sacudir o que estava muito bem acomodado em minhas reflexões. Assim, serviam para me permitir colocar sob inquérito minhas convicções que me mantinham em um lugar confortável, de um “suposto saber”, mas que, em contrapartida, não me deixavam assumir um lugar de pesquisadora, de fato.

Compreendi que, independentemente do meu objeto de pesquisa ser a formação em saúde, a política de humanização, as práticas em saúde ou os processos de subjetivação em saúde, que eu deveria me deslocar. Deslocar-me das antigas formas de pensar e entender essas temáticas e, além disso, precisava duvidar das minhas certezas. Era nesse sentido que eles sugeriam “brigar” com o objeto, assim como sugere Fischer (2003) ao dizer que é preciso aprender o exercício permanente da dúvida em relação a nossas crenças, às nomeações que vimos fazendo há longo tempo, de tal forma que já as transformamos em afirmações e objetos plenamente naturalizados (p. 375).

Então, nessa pesquisa, experimentei o método como um possível roteiro, entre outros, que me ajudou a transladar entre as fronteiras da Saúde e, também da

Educação, propiciando o deslocamento de meu olhar e do meu entendimento a partir de novos ângulos.

Entendo que, nestes deslocamentos, independentemente de eu pensar que a política de humanização trouxe contribuições no cuidado e na gestão em saúde, posso também questionar como operam os regimes de verdade produzidos a partir dos discursos da humanização em saúde. Isso não significa ser contraditória em minha escolha, muito menos que me coloco em uma posição binarista, seja a favor ou contra a política de humanização. Mas demonstra que me posicione em uma atitude de entrega, na posição de vir a me encontrar com o inesperado (já que uma problematização nunca está concluída), permitindo-me deparar com pensamentos diferenciados daqueles que tinha anteriormente.

Portanto, a escolha metodológica pela análise do discurso, mediante a teoria foucaultiana, se deu, justamente, pela afinidade com essa atitude de colocar em dúvida aquilo “que é dado como verdade”, e a relação dos sujeitos com as leis, com uma política pública, neste caso, com a PNH.

Neste sentido, nas linhas que se seguem, apresento algumas considerações relevantes sobre os documentos que escolhi para problematizar tais questões e, ainda, sobre os modos de ver a análise de discurso e as possibilidades de subjetivação relativas à PNH.

3.1 Guia de viagem - um documento necessário

A estratégia metodológica utilizada nesta pesquisa foi a Análise de Documentos que, de acordo com Santos (2006), é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc., notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos.

Neste contexto tomei como material de análise/problematização o Caderno Humaniza SUS (figura 1), volume 1 (de um total de cinco volumes), publicado em 2010, veiculado em 5.000 exemplares em mídia impressa e disponível online nas plataformas do Ministério da Saúde.

Essa escolha se deve em função deste primeiro volume destacar a formação e intervenção em saúde. Por meio disto, busquei destacar as verdades que eles produzem. Assim, problematizei o documento como modo de estabelecer uma possível crítica do presente. Com isso quero expressar a preocupação com a produção da diferença e a abertura de novas possibilidades, questionando as práticas sociais instituídas.

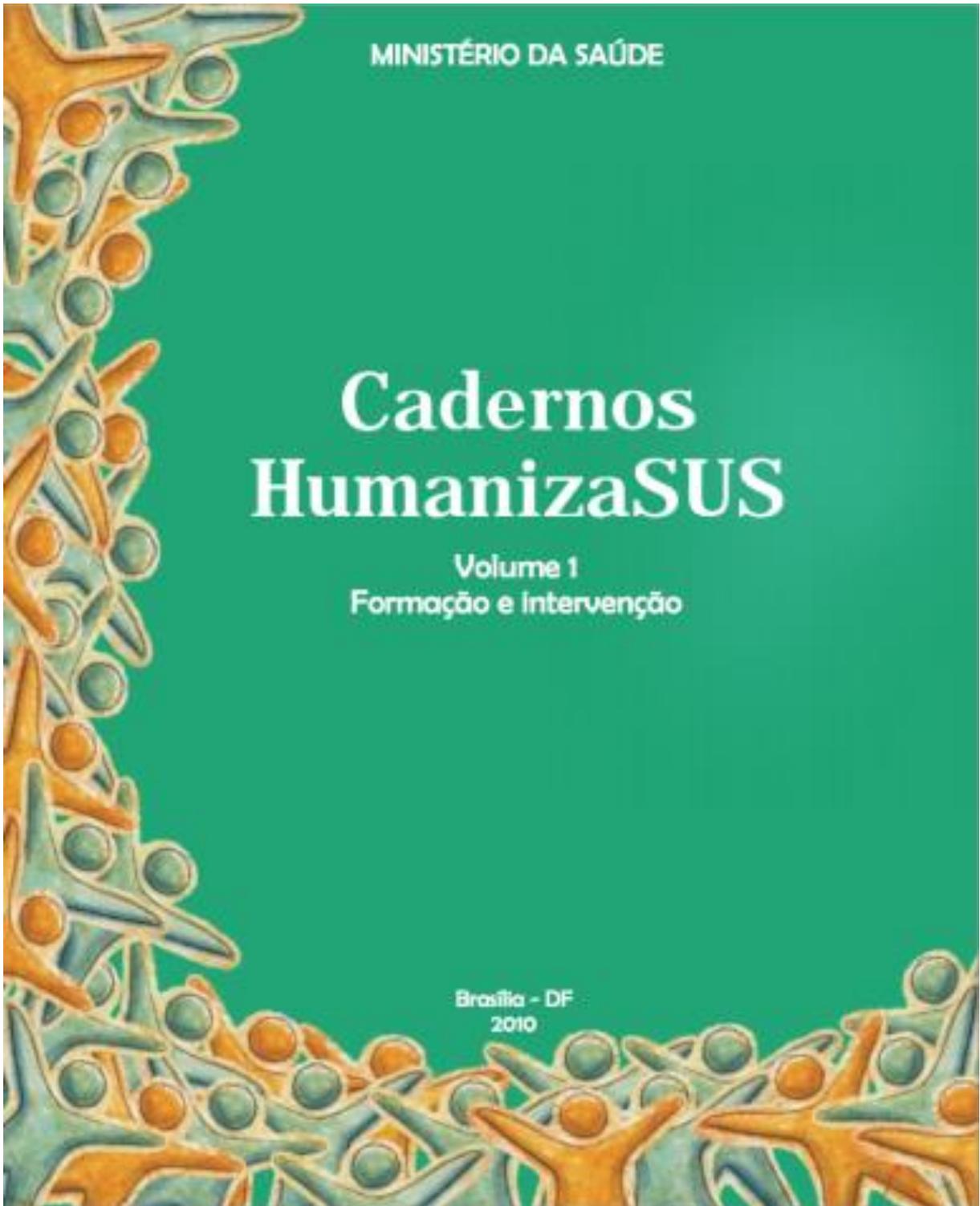


Figura 1 – Capa do Cadernos HumanizaSUS volume 1.

O documento foi organizado pelo Ministério da Saúde e possui 242 páginas. É dividido em dois grandes blocos. O primeiro aborda a “formação” dos profissionais em saúde e o segundo trata da “intervenção”. O documento se encerra com uma entrevista realizada com pensadores/profissionais da área da Saúde que ajudaram a elaborar o documento, assim como a Política Nacional de Humanização.

Em sua “Apresentação”, é referido o que se entende por PNH. Isto é feito a partir de demarcações conceituais, ou seja, uma espécie de esclarecimento acerca daquilo que deve ser entendido por humanização. De um modo geral, no documento, humanização é explicada como um método de inclusão, conforme apresento abaixo:

Mas este deslocamento ocorre também por outra razão de natureza metodológica: o método da humanização. Entendendo o método como “modo de caminhar”, a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão (CADERNO HUMANIZASUS, 2010, p.7)

Ainda na “Apresentação”, é ressaltado que a escolha do tema da “Formação”, para o volume 1, foi feita por se considerar que o protagonismo dos apoiadores institucionais é fundamental na instituição da humanização enquanto modo de fazer (método).

O bloco intitulado “Formação” é composto por sete artigos que descrevem modos de formar, apostando nos processos de formação como descrito a seguir:

- Estratégias de produção de sujeitos mais livres, autônomos, criativos e corresponsáveis;
- Espaços substantivos de formação de compromisso e de solidariedade entre as pessoas, entre os povos;
- Espaços de trocas afetivas e simbólicas, sem as quais a eficácia das práticas fica comprometida;
- Espaço de produção de excelência ética e técnica, as quais são inseparáveis.

(CADERNO HUMANIZASUS, 2010, p.70)

Os objetivos citados acima balizam todos os artigos que compõem este primeiro bloco, destacando as práticas de formação que ocorrem em conformidade

com a PNH. Essas balizas delimitam os modos de fazer nas práticas em saúde, por meio das diretrizes, orientações, princípios, modos de avaliação. De um modo geral podem ser pensadas como estratégias biopolíticas de formação de trabalhadores em saúde.

No segundo bloco, que trata da “Intervenção”, estão contidos oito artigos que relatam experiências de humanização consideradas bem-sucedidas. A grande maioria delas ocorreu no estado do Rio Grande do Sul. Assim, destacam as diferenças entre práticas humanizadas em saúde e o modelo tradicional que é baseado na relação verticalizada advinda do modo de produção taylorista²⁷.

No último bloco do Caderno, é descrita uma entrevista realizada com três personagens que ajudaram a criar e colaboraram para a sustentação da política de formação do HumanizaSUS. São professores universitários e trabalhadores da área da Saúde, que foram os formadores do curso nacional de apoiadores da PNH, consultores nacionais da PNH, coordenadores do núcleo de Formação e Pesquisa do HumanizaSUS em diferentes momentos a partir da criação da Política nacional de Humanização em 2003.

A seguir apresento nas figuras 2 e 3 o sumário do documento descrito nessa seção com o objetivo de apresentar, de forma mais completa, os artigos mencionados.

²⁷ Taylorismo: sistema de organização do trabalho concebido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor, com o qual se pretende alcançar o máximo de produção e rendimento com o mínimo de tempo e de esforço (CHIAVENATO, 1993, p. 91).

Sumário

Apresentação

Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização	5
---	---

Formação

Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo	13
Saúde e humanização na região Norte: perspectivas e desafios do processo de formação no Estado do Pará	29
Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Humanização	43
Humanizar a formação para humanizar o SUS	63
Documento Orientador da Política de Formação da PNH	73
Articulação de eixos metodológicos de planejamento e avaliação nos cursos de formação de apoiadores institucionais na Política Nacional de Humanização	95
O que pode um curso de formação de apoiadores da política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS?	125

Intervenção

Formação-intervenção em nível de pós-graduação: a experiência da Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul	133
A construção de um observatório de práticas da política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul	141
Método da inclusão e processo seletivo de apoiadores institucionais: uma combinação possível?	157
Entrelaçando o SUS, a PNH e a Saúde do Trabalhador	169

Figura 2 – Sumário do Cadernos HumanizaSUS volume 1

CADERNOS HUMANIZASUS

Trabalhador da Saúde: Gente cuidando de Gente	185
A cogestão e gestão participativa na prática de um serviço de saúde: a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS)	193
Grupo de trabalho em humanização: tecendo redes para superar o sofrimento psíquico	203
A estruturação da rede de redes: EAD conectando as unidades de Produção da PNH	219
ENTREVISTA	
Eduardo Passos, Ana Heckert e Cleusa Pavan	232

Figura 3 - Sumário do Cadernos HumanizaSUS volume 1

Após apresentar o documento para o qual dirigi meu olhar, retomo que foi necessário encontrar um modo de lê-lo, ou seja, uma maneira de desdobrar seus escritos como forma de problematizar o conjunto de saberes que ele apresenta. Assim, na próxima seção, discorro sobre a análise de discurso.

3.2 Uma rota percorrida - análise de discurso

De acordo com Fischer (2001) realizar uma análise de discurso, à maneira foucaultiana, significa ficar no nível das coisas ditas, das palavras. Segundo ela, para Foucault, nada há escondido por trás das cortinas, esperando para ser desvelado, mas sim, tudo está contido no enunciado. Por este motivo, a autora alerta para o cuidado em não olhar para os discursos como um conjunto de signos, que carregam consigo um conteúdo de significação prévia, com uma verdadeira mensagem a passar, que precisa ser desvendada. Ela refere: “Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: das relações históricas, das práticas concretas, que estão “vivas” nos discursos”. (FISCHER, 2001, p.198 e 199).

Ao realizar a análise de discurso se deve atentar para os aspectos históricos e políticos do momento, aquilo que estava/está no entorno do acontecimento, cujos efeitos abrem a possibilidade de se pensar por meio de determinados modos e não outros. Conforme Foucault:

Os discursos formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente são formados de signos; mas o que eles fazem é mais do que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato de fala. (FOUCAULT, 1987, p.56).

Se os discursos formam os objetos dos quais falam, e estes, são mais do que apenas a designação de coisas, então se faz necessário desdobrar este conceito, talvez compreendendo o que Foucault sugeriu como análise de discurso. A definição desse método perpassa, principalmente, as práticas discursivas, o enunciado e o sujeito de discurso. Destacando que o autor fazia questão de demonstrar a inexistência de estruturas fixas que constituíam a realidade. Neste sentido, o discurso ultrapassa a ideia de ser, somente, a expressão de algo, ou uma referência às coisas. Ele seria uma espécie de rede conceitual que ultrapassa aquilo que dá um significado

linguístico, que está inserida no social. Essa trama discursiva que se compõem no social e por meio dele, portanto, está sempre em movimento, em processo de subjetivação.

Segundo Fischer (2001):

Na verdade, tudo é prática em Foucault. E tudo está imerso em relações de poder e saber, que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder, que as supõem e atualizam. (p. 200).

Nesta perspectiva, se considera que as práticas sociais estão amarradas às relações de poder e, assim, entende-se que essas práticas se constroem dentro de tramas discursivas associadas às relações de poder e saber que, produzem realidade e também são produzidas por ela. Tomo também as palavras de Peters e Besley (2008): “as relações entre sujeitos e objetos se modificam dentro dos discursos científicos e dos jogos de saber que constituem as próprias ciências humanas”. (p.16).

Meu interesse em desdobrar possibilidades de problematização a partir dos documentos, que descreverei mais detidamente na seção seguinte, se deu na mesma lógica que Foucault propunha sobre a análise de documentos. Seu método preconizava que o pesquisador possibilitasse, a partir da materialidade dos discursos apresentados nos documentos, mostrar a multiplicidade e a complexidade dos fatos e das coisas ditas, que não deveriam ser tomadas como naturais ou óbvias, porém constituídas nas práticas históricas.

De acordo com Foucault (2003) o exercício de exposição destas multiplicidades e complexidades é que permitirá que os regimes de verdade de certa formação histórica e de determinados campos de saber entrem como verdades na ordem do discurso. As relações de poder são práticas, e, além disso, são muito mais estratégias ou táticas do que leis impostas. Isso denota que é no jogo do verdadeiro e do falso dos regimes de verdade, que se pode problematizar o processo de naturalização de um objeto.

Este jogo do verdadeiro e do falso que está presente nas práticas discursivas e se manifesta por meio dos enunciados. Foucault (1987) define enunciado como “coisas que se transmitem e se conservam, que têm um valor, e das quais procuramos

nos apropriar, que repetimos, reproduzimos e transformamos” (p. 138). A partir dessa afirmação, o autor entende que os enunciados se constituem como verdades.

Deste modo, menciono, mais uma vez, que compreendo a PNH – foco de minhas investidas – como um conjunto de práticas discursivas, como modos de entender, de estabelecer e de fazer em saúde que marcam a formação dos trabalhadores da área. Ela é composta por um conjunto de enunciados que são atravessados e atravessam o tecido social. Tais enunciados moldam campos de sentidos e subjetivação por meio das verdades que os produzem e que, ao mesmo tempo, são fortalecidas e reconfiguradas por eles.

Neste sentido, trago a uma afirmação de Hillesheim (2016):

[...] o objetivo da pesquisa é estabelecer as relações do pensamento com a verdade. Para tanto, é necessário distanciar-se de certos modos de pensar e agir, tomando esses próprios modos como objeto de pensamento e interrogando-os sobre suas condições, seus sentidos e suas finalidades. [...]. Não se busca, por conseguinte, descobrir a Verdade, as coisas verdadeiras; mas, compreender quais as regras que fazem que essas coisas se tornem verdadeiras ou falsas; como se articulam, sobre um determinado campo, discursos que são tidos como verdadeiros ou falsos, quais suas condições de emergência e seus efeitos. (p. 81 e 82).

Entendo que a autora aponta para a importância de se distanciar das maneiras de pensar já estabelecidas, no sentido de se fazer uma análise da implicação do lugar do qual se parte para o desenvolvimento de uma investigação. Assim, penso ser importante destacar que o reconhecimento de minhas próprias experiências – quais sejam, profissional das áreas da Saúde e Educação – me auxiliam no processo de questionar aquelas certezas que, por bastante tempo, foram sendo solidificadas por um “modo de ver” a partir do qual não questionava, por esta perspectiva, o que estava “vendo”.

Para explorar como operam os discursos de verdade agenciados pela PNH e como se dão os processos de subjetivação por meio da relação entre Saúde e Educação, problematizei os Cadernos HumanizaSUS, conforme apresentarei a seguir.

3.3 Recomendações aos turistas: processos de objetivação e subjetivação no Humaniza SUS

Início esta seção com uma afirmação de Florence:

A questão é determinar o que deve ser sujeito, a que condições ele está submetido, qual seu *status*, que posição deve ocupar no real ou no imaginário para se tornar sujeito legítimo deste ou daquele tipo de conhecimento; em suma, trata-se de determinar seu modo de “subjetivação”...[] Mas a questão é também e ao mesmo tempo determinar em que condições alguma coisa pôde se tornar objeto para um conhecimento possível, como ela pôde ser problematizada como objeto a ser conhecido, a que procedimento de recorte ela pôde ser submetida, que parte dela própria foi considerada pertinente. Trata-se, portanto, de determinar seu modo de objetivação, que tampouco é o mesmo de acordo com o tipo de saber em pauta. (FLORENCE, 2004, p. 235).

Para Foucault o desenvolvimento dessa subjetivação ocorre simultaneamente, que se origina nos jogos de verdade. Ou seja, as condições de emergência de algo como verdadeiro ou falso, que vai se dar a partir dos processos de objetivação ou de subjetivação, que fazem com que o sujeito possa se tornar objeto de conhecimento. “Trata-se, em suma, da história da subjetividade, se entendermos esta palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo”. (FLORENCE, 2004, p.236).

Assim o que compõe essa experiência do sujeito consigo próprio seria o que Foucault propunha a tomar como fio condutor das análises, ou seja, as relações entre os sujeitos e a verdade. Retomando aqui que não existem verdades universais em relação aos sujeitos.

Pensando neste sentido, em um primeiro momento, levanto a questão de que, em geral, a grande maioria dos trabalhadores irá apoiar a PNH, afinal é uma “política do bem”, uma política afirmativa. Só que esta é a grande perspicácia da biopolítica, ou seja, envolve os sujeitos em uma proposta em que, por se identificarem com ela, querem fazer parte, são imediatamente capturados.

Os discursos sobre ‘um aprender e um fazer humanizado em saúde’, só dizem o que é ‘ser um trabalhador humanizado em saúde’ dentro de um jogo de verdades que é imposto de fora para o sujeito, de acordo com as necessidades causais ou com determinadas estruturas. Desta maneira, abre-se um campo de experiências em que sujeito e objeto vão sendo constituídos, modificando-se um ao outro, simultaneamente, e também modificando o próprio campo de experiência.

Outro princípio do método para o qual atenta Foucault, seria dirigir-se para o campo de experiência por meio da 'análise das práticas'. O autor propôs que se olhasse para as práticas assim como modos de agir e de pensar que darão a chave para a abertura da compreensão das formas de constituição do sujeito e do objeto. Por meio da análise das relações de poder que se estabelecem, que técnicas e procedimentos foram utilizados para fazer funcionar, é assim que se poderá analisar através de quais formas de governo os homens vão sendo governados uns pelos outros. Ou seja, que formas diversas de governo dos indivíduos são determinantes para os diferentes modos de objetivação do sujeito.

Questionar como se dá essa constituição permite abrir brechas e criar novas formas possíveis de existência ética, estética e política no tempo atual, reinvenções das práticas de si e no mundo, que surgem a partir do desejo, do deslocamento para diferentes lugares.

Isto não pressupõe que estas constituições sejam estanques, pois o processo de subjetivação opera no movimento constante, onde os efeitos dos discursos produzem conceitos que significam os sujeitos.

Guareschi e Bernardes (2007) afirmam

Tomar a Humanização como um efeito do discurso do SUS não é considerá-la como a etapa final desse discurso, mas como a própria possibilidade do discurso. A Humanização não é exterior ao discurso, mas possível pelo discurso. Por meio de descrição do discurso é que se delineia o sistema de regras colocadas em prática para que surjam certos objetos, conceitos e sujeitos. (GUARESCHI e BERNARDES, 2007, p.470).

Portanto não se trata de definir ou repetir o que é a humanização, mas sim de escutar o que ela produz e quais desdobramentos possibilita para, desta maneira, problematizar a questão.

A Análise de Documentos é uma ferramenta que opera para a compreensão de como se produzem os processos de subjetivação constituídos a partir das práticas discursivas das relações de saber-poder, de trabalho e de afeto que, que permeiam o vínculo entre a Educação e a Saúde enunciados na PNH.

As práticas discursivas são atravessadas pelo poder a todo o tempo e nestas relações existem diversos procedimentos que controlam e regulam a produção dos discursos. Foucault (1998) destaca que a chave para desenvolver a análise dos discursos está na introdução do poder como instrumento de análise capaz de explicar a produção de saberes.

[...] em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (p. 8-9).

Então, quando Foucault (1986) menciona o discurso médico, por exemplo, está falando de um conjunto de enunciados subjetivados pela história da ciência, economia, política e cultura, relacionadas a esta área. Não significa que sejam discursos fechados em si mesmos, mas que circulam na sociedade e se constituem enquanto verdades. A produção de discursos é organizada e controlada através de procedimentos que analisam perigos e poderes, tendo em vista dominar aquilo que escapa, em uma tentativa de incluir a todos.

Darsie (2014), ao fazer uso das ideias de Alfredo Veiga-Neto aponta que:

[...] as análises desenvolvidas por meio de preceitos de uma disciplina distinta, muitas vezes, ficam limitadas pelas verdades ligadas a ela, ou seja, ficam restritas às normas e aos conhecimentos que a constituem e são produzidas no seu interior. [...] Operar dentro dos limites de uma única área, portanto, pode ser entendido como trabalhar a partir da necessidade de utilização de um conjunto de marcas e sinais que determinam o que pode ser dito e pensado, separando o que passa a ser tomado como verdadeiro daquilo que não é considerado aceitável. (p. 45).

4 – PAISAGENS DA VIAGEM

Neste capítulo, que chamo de “Paisagens da viagem”, discorro sobre a Política Nacional de Humanização em saúde mais detidamente. Para além de descrevê-la, nas seções que se seguem, tensiono suas práticas, de modo a encontrar possíveis respostas – mesmo que não sejam as únicas – ao problema desta pesquisa. Assim, ao falar em paisagens, pretendo dizer que, ao viajar pelo documento analisado, pude observar alguns que me permitem estabelecer as discussões que apresento a seguir.

4.1 Sobre a construção dos monumentos – a constituição da PNH enquanto um regime de verdade

Ao pensar sobre humanização e direitos humanos, relaciono tais temas diretamente a algo que garante a participação das pessoas no lugar onde vivem, às formas pelas quais transitam neste lugar e àquilo que lhes é permitido. Segundo Hunt (2009), esta é uma concepção que se pode ter hoje, considerando a trajetória histórica-política-social-cultural vivida, que permite compreender como este entendimento foi construído e de que forma opera em nosso contexto ocidental.

Pasche (2009), em entrevista realizada para o Ministério da Saúde, sobre a formação de formadores e apoiadores para a Política de Humanização e Atenção à Saúde, refere que a indiferença em relação ao que não seja de cada um, tem se mostrado como um grande sintoma dos dias atuais, ou seja, como no dito popular: “aquilo que não se refere a mim, não me diz respeito”! Assim o autor aponta para a dificuldade de acolher o tema da injustiça e, muitas vezes, da dificuldade em acolher a dor do outro. (FORMAÇÃO, 2009, 2 DVDs vídeo).

Esta colocação me faz pensar que, em se tratando não somente da história de escravidão e da ditadura no Brasil, mas em praticamente todos os países da América Latina. Cada país, mesmo com suas especificidades histórico-político-culturais, foi marcado pela escravidão ou pelo fascismo ou pela ditadura ou pela opressão política, econômica, social e/ ou cultural. Os países que compõem a América Latina são atravessados por diferenças sociais gritantes, de caráter não igualitário e excludente, onde alguns poucos têm acesso a muito e a grande maioria das populações enfrenta dificuldades de acesso ao necessário para se viver.

Tal questão me faz pensar em uma canção que se transformou numa espécie de hino latino-americano, interpretado nas décadas de 1960, 1970 e 1980 por Mercedes Sosa, famosa cantora argentina.

Eu Só Peço a Deus

Eu só peço a Deus

Que a dor não me seja indiferente

Que a morte não me encontre um dia

Solitário sem ter feito o q'eu queria

Eu só peço a Deus

Que a dor não me seja indiferente

Que a morte não me encontre um dia

Solitário sem ter feito o que eu queria

Eu só peço a Deus

Que a injustiça não me seja indiferente

Pois não posso dar a outra face

Se já fui machucada brutalmente

Eu só peço a Deus

Que a guerra não me seja indiferente

É um monstro grande e pisa forte

Toda a pobre inocência dessa gente

Eu só peço a Deus

Que a mentira não me seja indiferente

Se um só traidor tem mais poder que um povo

Que este povo não esqueça facilmente

Eu só peço a Deus

Que o futuro não me seja indiferente

Sem ter que fugir desenganando

Pra viver uma cultura diferente.

Ao trazer essa música para minhas problematizações, tenho como objetivo ilustrar o cenário político, econômico e cultural da época em que foi lançada, qual seja,

de países marcados por governos pós-ditatoriais, não democráticos e autoritários, de políticas restritivas de gastos e de longas trajetórias inflacionárias.

Portanto, podemos pensar que é uma composição com um forte tom de convocação aos ouvintes para movimentos de resistência por melhores momentos no futuro, para insuflar a autoestima de um povo, para fazê-los pensar que o poder não está centrado em um determinado lugar, ou em determinadas mãos, mas que ele é microscópico, que há possibilidade de se fazer diferente se não houver um engessamento das pessoas em suas posições.

Partindo disso, menciono Souza (2007) ao dizer que alguns fatores foram responsáveis pela ampliação da visibilidade do campo das políticas públicas no Brasil e na maioria dos países da América Latina. A adoção de políticas restritivas de gastos, que passaram a dominar as agendas políticas desses países, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, foi fundamental para o reconhecimento público das realidades locais. Com isto, alguns governos passaram a condicionar suas políticas públicas ao cumprimento do ajuste fiscal e do equilíbrio orçamentário entre receita e despesa, restringindo a intervenção do Estado na economia e transformando as políticas sociais universais em focalizadas. (p.65).

Souza (2007) afirma também que, a maioria dos países da América Latina ainda não conseguiu formar coalizões políticas capazes de equacionar a questão de projetar políticas públicas que impulsionem o desenvolvimento econômico e, paralelamente, promovam a inclusão social de grande parte da população.

Esta compreensão destaca os atravessamentos entre a história, a política, a economia, a geografia e as relações humanas. Isso, me ajuda a justificar a utilização da música que, de certo modo, “pode cheirar um tanto à naftalina”, por datar de três décadas atrás. No entanto, ela aponta para aspectos sociais, considerados problemáticos, que ainda estão longe de serem solucionados.

Deste modo, em se tratando da temática da Humanização, talvez se possa afirmar que, há mais de século, esteja sendo desejada por muitos segmentos da população. No Brasil, mais especificamente, na área da Saúde, o tema da humanização, até o ano de 2003, tinha um caráter programático, localizado em alguns

programas como, por exemplo, o Hospital Amigo da Criança e o Parto Humanizado²⁸, incentivados pelo Ministério da Saúde.

Conforme Pasche e Passos (2008):

Ainda que timidamente, o tema da humanização já se anunciava desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. De 2000 a 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), no compasso de outras iniciativas como a Humanização do Parto e da Saúde da Criança, iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria da qualidade da atenção e, mais tarde, com foco também no trabalhador. (PASCHE e PASSOS, 2008, p. 7).

Em 2009, Pasche refere, que neste período, anterior à criação da PNH, muitas vezes a humanização aparecia mais como um discurso e não como práticas de humanização. “Remetia ao sentimento de empatia, da boa educação, de tratar bem as pessoas chamando-as pelo nome, por exemplo” (FORMAÇÃO, 2009).

Outra característica do período anterior à criação da PNH, referida pelo mesmo autor, é que as práticas de humanização eram segmentadas por gênero, tendo em vista que, certas profissões como a Enfermagem, a Psicologia e o Serviço Social, que ainda são marcadas por maior número de mulheres as assumiam nos locais de produção de saúde. Ou seja, a humanização, de um modo geral, era praticada pelas profissionais mulheres daquelas áreas.

A partir destas colocações, Pasche e Passos (2008) afirmam que deixando de ser um programa de saúde para se tornar uma política pública, a Humanização poderia se fortalecer enquanto prática de saúde. Desta forma, a Política Nacional de Humanização foi criada em 2003, com o objetivo de potencializar as iniciativas já existentes no SUS, garantidas na Constituição Federal de 1988 e legitimadas pela lei orgânica nº 8.080/1990. Ou seja, a PNH ou HumanizaSUS deixa de ter um caráter transitório e sazonal, que um programa de saúde transmite, para se instituir como prática política, como um modo de fazer, como uma estratégia de diálogo com um

²⁸ Os dois programas eram incentivados pelo Ministério da Saúde. O Hospital Amigo da Criança era um programa ligado ao Programa de Saúde da Criança, de hospitais filantrópicos que adotavam o sistema de alojamento conjunto de acompanhantes na pediatria. Já o Parto Humanizado, dava direito à parturiente de um acompanhante no parto. Alguns hospitais tinham os dois programas, entretanto as diferentes equipes de trabalho não conversavam entre si, o diálogo institucional era fragmentado (FORMAÇÃO, 2009).

SUS, por meio de experiências que dialogavam com a história da Saúde Coletiva no Brasil.

A PNH emerge, então, no cenário da reforma sanitária brasileira, que se constitui *pari passu* à construção do campo da Saúde Coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS, às quais propõem mudanças em seu sentido e forma de organização. Assim, é importante analisar o SUS como política pública – haja vista que a PNH é uma política do SUS, apresentando suas inspirações, conquistas e desafios. (PASCHE e PASSOS, 2008, p. 7).

Na Política Nacional de Humanização, “humanizar refere-se à inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado na Saúde, no sentido de qualificar as práticas de gestão e de atenção à saúde”. (BRASIL, 2010, p. 6). Esta inclusão produz novas formas de cuidar e também novas formas de organizar o trabalho, em conformidade com os princípios, método e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro. (CADERNO HUMANIZASUS, 2010).

Assim, a PNH é formada de uma estrutura interna que objetiva efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a constituição de sujeitos. A política de humanização é constituída pela inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, através da transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos, conforme apresento no excerto que se segue. Esses princípios podem ser entendidos como disparadores de desdobramentos enquanto política pública de saúde.

[...] efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. A Política Nacional de Humanização é constituída por alguns princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia protagonismo dos sujeitos. A humanização enquanto política de saúde está dentro da política de educação superior. Humanizar a formação para humanizar o SUS. (Caderno Humaniza SUS vol. 1, 2003, p. 63).

No documento HumanizaSUS (2010) é referido, como princípio, aquilo que causa ou força a ação, ou, ainda, que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. (BRASIL, 2010, p. 23).

O movimento de mudança proposto a partir da PNH se desdobra por meio dos três princípios que se seguem:

- 1) Transversalidade:
 - Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;
 - Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.
- 2) Indissociabilidade entre atenção e gestão:
 - Alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
 - Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
 - Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.
- 3) Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos:
 - Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
 - As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si as responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar. (BRASIL, 2010, p. 23 e 24).

O que chama a atenção neste excerto é o fato da formação dos profissionais de saúde ter destaque fundamental nesta política, pois contribui para a constituição de novos trabalhadores em saúde, ou seja, profissionais que dominam outras práticas e que visam desdobrar lugares capturados por lógicas institucionais, onde não há espaço para a reorganização das relações de poder. Partindo disso, proponho que a PNH busca encorajá-los para as mobilizações coletivas. Destaco, neste contexto, que enquanto uma política pública, a PNH tem um caráter não transitório, que busca se instituir como prática permanente na Educação em Saúde.

Dentro deste campo problematizo os regimes de verdade produzidos por esta política e os processos de subjetivação constituídos a partir dos jogos do verdadeiro e do falso produzidos a partir do documento base HumanizaSUS.

Nesta lógica de produção de regimes de verdade, entendo ser importante destacar o que traz Darsie (2014):

[...] destaco que há certa tendência de padronização, relacionada às ações em saúde que são aplicadas nos diversos territórios. Essa padronização, muitas vezes, ocorre a partir da priorização de determinadas metas relacionadas à saúde, em lugar de outras necessidades tão importantes quanto elas – partindo-se, certamente, das orientações da Organização Mundial da Saúde. No entanto, essa situação não configura, necessariamente, a emergência de imposições ou de planejamentos mal elaborados. Ela se enquadra, na maioria das vezes, naqueles conjuntos de práticas que são promovidas por números, estatísticas e elementos que representam a verdade, neste caso, uma determinada verdade que é constituída acerca das necessidades e da segurança em saúde em nível mundial. (p. 98).

Apesar de o autor mencionar questões ligadas à área da saúde global, seu argumento pode ser aproximado à temática desta pesquisa. Pensar como operam os regimes de verdade e por quais caminhos se legitimam, pode ser uma maneira de compreender como os discursos produzem formas de ser e de atuar na sociedade. Os regimes de verdade se estabelecem por meio de estatísticas, números e outros elementos que representam “a verdade” que é produzida como ideal e que fomenta nas pessoas o desejo de quererem fazer parte, de sentirem-se pertencentes ao domínio “daquela verdade”.

Proponho que, a partir da produção de verdades sobre determinado campo é que conseguimos apreender um “como” do poder. Com isso, quero dizer que é o “saber verdadeiro”, ou melhor, o que se estabelece como “o verdadeiro” que define quem ou o que detém o poder.

De acordo com Foucault (1999) o mito que dominou o Ocidente por séculos foi o de que a verdade nunca pertence ao poder político, de que este é cego e que o verdadeiro saber está em contato com os deuses. Segundo o autor, foi Nietzsche o filósofo que começou a demolir este mito ao mostrar que por trás de todo o saber, de todo o conhecimento está em jogo uma luta de poder, que o saber se gera a partir da vontade de poder. Nietzsche afirma que a vontade de poder é que mobiliza a vontade de saber e que o poder político não está ausente do saber, ele é tramado com o saber. (FOUCAULT, 1999, p. 51).

Desta forma se pode refletir sobre “como” um saber se coloca enquanto verdade. Por exemplo: a PNH se coloca como “a forma ideal de se produzir saúde”, no sentido de ser um saber que traz o outro, não por meio da violência, mas por meio do saber-poder, ou seja, o poder não como “uma coisa”, mas como uma luta de ações sobre outras ações, que vão compondo o que se definirá como o ideal de um fazer. E

que nunca está estancado, imóvel, mas sempre em movimento, em luta por novas definições de regimes de verdade.

Assim, neste permanente movimento, de luta de ações sobre outras ações é que se compõem os jogos de verdade e acabam por produzir as práticas que se estabelecem como modos de fazer em saúde, colocando a prática humanizada como a forma a ser reproduzida.

4.2 Paisagens acessíveis – a PNH como ferramenta de inclusão por meio da norma

A partir dos dois artigos, da seção da Saúde da Constituição Federal de 1988, que apresento abaixo, evidencia-se claramente o teor inclusivo de *Art. 196*: “o direito de todos à saúde e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos”. O que observo neste fragmento é um investimento biopolítico do Estado na vida da população, configurando-se como ideal de garantia dos direitos sociais, civis, econômicos, políticos e culturais dos cidadãos.

Constituição Federal de 1988 (Artigos 196 e 197)

Seção II

DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

atravessamentos entre o Estado e o Neoliberalismo. A lógica do neoliberalismo americano se instituiu nos EUA, desde o início dos anos de 1960, influenciado pelas análises econômicas da escola de Chicago e que ganhou força por meio da Teoria do Capital Humano. De acordo com Foucault (1997):

[] esse neoliberalismo americano busca estender a racionalidade do mercado, os esquemas de análise que ela propõe e os critérios de decisão que sugere a domínios não exclusivamente ou não prioritariamente

econômicos. No caso, a família, a natalidade ou a delinquência e a política penal (p. 96).

O autor atenta para a entrada de problemas específicos da vida da população para o interior das tecnologias de governo, ou seja, na contramão de exercer intervenções administrativas excessivas, de caráter burocrático, o governo tomou força no sentido de utilizar técnicas e procedimentos dirigidos à conduta das populações. Essa nova maneira de gerir as populações tem uma marca muito característica, a qual se refere às tecnologias voltadas ao autogoverno.

Então, pensando na constituição da subjetividade, como abordado na seção 3.3, de que a experiência de si se dá em um complexo processo de produção atravessado por elementos históricos-políticos-econômicos-sociais, existe um investimento na autogestão da conduta da população. Todavia a autogestão precisa ser balizada, conduzida para os destinos esperados, com o objetivo de manifestar uma verdade e garantir a adesão dos sujeitos a essa verdade. Com relação a este ponto de vista, entendo que a educação e as políticas públicas sejam fortes aliadas, no sentido de “ensinar” às populações um “como fazer” e, simultaneamente, direcionam as condutas.

De encontro a essa reflexão cito Gadelha (2009):

[] uma das estreitas interfaces dessa Teoria do Capital Humano com a educação está, portanto, na importância que a primeira atribui à segunda, no sentido desta funcionar como investimento cuja acumulação permitiria não só o aumento da produtividade do indivíduo-trabalhador, mas também a maximização crescente de seus rendimentos ao longo da vida (p. 150).

Assim sendo, a economia e o mercado assumem um lugar de centralidade, que se utiliza de um princípio de inteligibilidade e uma governamentalidade que direciona, controla formas de ser e de agir com cada vez maior *expertise*. Valem muitos exemplos de como melhor gerir a si mesmo, na lógica do empreendedorismo de si, de como melhor conduzir sua vida e a de sua família por meio de treinamentos em diferentes áreas, das técnicas e cursos de formação em *coaching*, *management*, *marketing*, *branding*, inclusive na espiritualidade, com literatura de autoajuda, técnicas adaptadas dos mais diversos campos; como a meditação, algumas dietas específicas, a respiração coordenada, a ioga, etc.

Então, pensando neste homem-empresa que se desenhou como o ideal de sujeito para viver em um mundo ocidental gerido a esta maneira, parece-me evidente

o porquê de depararmos com a dificuldade de colocar em prática uma legislação de saúde como a que rege o nosso território.

Entendo que em nosso país, encontramos o conflito de direitos dos cidadãos e deveres do Estado, com os interesses do mercado econômico. Esse conflito gerou um dilema crucial para a efetivação do funcionamento do SUS no Brasil, pois vivemos inseridos na lógica do mercado econômico neoliberal, e, em contrapartida, se deseja a eficiência de um sistema de saúde com fortes marcas socialistas, que se embasa no fazer coletivo e no acesso integral dos usuários.

Conforme Pasche e Passos (2008) o SUS é uma política em disputa, que tem problemas e desafios, com algumas contradições, por vezes insuperáveis. Segundo os autores, “a PNH é uma estratégia para dialogar com o SUS que dá certo” (p. 9). Assim, observo que as dificuldades de efetivar “um SUS que dá certo” estão, desde o princípio, atravessadas pela questão econômica e política.

Neste contexto, é interessante pensar acerca dos modos como a PNH propõe o enfrentamento destes desafios. Abaixo, apresento um excerto do Caderno HumanizaSUS (2010), que auxilia a reflexão acerca desta questão:

Entendendo o método da humanização como “modo de caminhar, a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feita da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão” (CADERNOS HUMANIZASUS vol. 1, 2010, p. 7).

Esta passagem de texto coloca a ‘humanização’ como sinônimo de inclusão, o que também me faz pensar em modos de produção de verdades, pois se a humanização é inclusão e existem uma série de discursos que legitimam esta afirmação, logo ela passa a circular como uma verdade que vai produzindo novos saberes e fazeres como conhecimentos, subjetivando dessa forma sujeitos e coletivos a trabalharem de um “jeito certo na saúde”.

Assim, de acordo com a PNH, é preciso incluir pessoas para o sistema funcionar, por meio de um governo biopolítico, ou seja, de práticas que governam a si e aos outros. Estas se dão por intermédio das normatizações, de normas ou leis que são modelos previamente instituídos, que transformam em

normais os sujeitos. A normalização desses sujeitos seria a capacidade de moldar-se às normas, às leis.

Foucault (1999) exemplifica que “a medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (p. 302).

Esta afirmação ilustra a medicina como agenciadora de normas e, na medida em que as normas vão sendo seguidas e reproduzidas, passam a operar como verdades em diferentes esferas sociais, propagando práticas ditas normalizadoras.

Na sequência do texto, Foucault (1999) segue:

[] o elemento que vai circular entre o disciplinador e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população, que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo quanto a uma população que se quer regulamentar (p. 302).

Entendo que os textos do Caderno HumanizaSUS são normativos, pois como se lê no excerto acima, se, humanização significa inclusão, e método significa “modo de caminhar”, então, humanização significa: modo de fazer inclusão. Portanto, a normativa colocada aqui é “a de incluir”. E quando se fala em incluir a todos, se fala em uma forma de conduzir os sujeitos e os coletivos, portanto estamos tratando de uma estratégia de governo biopolítico, de uma estratégia de condução de condutas.

É importante que os apoiadores da Política Nacional de Humanização na região – não apenas aqueles que já passaram por curso, mas pessoas identificadas pelo coletivo da PNH como apoiadoras da PNH - sejam incluídos no processo de seleção, na condição de corresponsáveis pela condução do processo, auxiliando em sua elaboração e realização.

Como dimensões e critérios para a inclusão têm-se usualmente utilizado:

- Intenção de cobertura regional;
- Intenção de cobertura em termos de pontos da rede;
- Existência de ações da PNH em andamento;
- Inexistência de ações e avaliação de que é necessária a abertura de frentes de trabalho;
- Tempo para divulgação da proposta para que seja conhecida e com transparência como base para o interesse;
- Demarcação prévia (inicial) do formato/composição das Unidades de Produção (UPs);
- Demarcação prévia (inicial) do “perfil” de apoiadores desejados em cada contexto específico. (CADERNOS HUMANIZASUS, 2010, p. 86).

Aqui me parece, muito claramente, que são estabelecidas normas de inclusão. Quando aponta “dimensões e critérios para a inclusão”, em minha compreensão está dito que existe intensão de medida espacial e de mapeamento de tempo, formato e perfis desejados. Ou seja, no processo da internalização das normas, o indivíduo precisa se submeter às regras para fazer parte do jogo.

Pensando no trabalhador em saúde, ele vai internalizando as normas e vai sendo moldado, incorporando os objetivos do poder, que se tornam regras para seus próprios objetivos e atitudes. Ele vai sendo subjetivado por um modo específico de produção em saúde.

As Unidades de Produção (CAMPOS, 2000) - UP's - têm sido uma proposta experimentada em boa parte dos cursos da Política Nacional de Humanização até o momento. São coletivos tomados como dispositivo capaz de disparar a compreensão sobre “modos de fazer” atenção e gestão em grupo, bem como sobre a articulação da produção de saúde em rede, desenvolvendo processos de cogestão e fomentando grupalidade. O termo “produção” é utilizado nesta perspectiva de formação-intervenção para demarcar diferenças em relação às tradicionais denominações de grupos ou equipes, já que se quer reforçar a ideia de que entre os produtos desses coletivos incluem-se a produção de saúde e dos próprios sujeitos que vão se transformando neste processo. (CADERNOS HUMANIZASUS, 2010, p. 88),

Nestas “unidades de produção” são trabalhados os “modos de fazer atenção e gestão em grupo”. Então, se nestes coletivos são ensinadas também formas ‘certas’ de um fazer em grupo, também existem normas para tal, ou seja, existe “um modo correto de ser coletivo”.

As políticas públicas hoje esquadrinham, medem e se propõem a cuidar de todos e de cada um, com o intuito de incluir cada vez mais. Porém, neste jogo de forças, elas precisarão sempre dos excluídos para que os incluídos se mantenham incluídos.

O poder que se exerce por meio das políticas públicas, é um poder positivo, por ter espaço para as práticas de liberdade, ou seja, ele não obriga os sujeitos a fazerem parte, pelo contrário, ele subjetiva os sujeitos a quererem fazer parte. A estratégia de ação das políticas públicas de saúde é permeada por discursos de sedução, pois se propõem ao bem das pessoas, recomendam ao sujeito o cuidado de

si e o cuidado do outro. Desta forma, como é que as pessoas não irão querer fazer parte? O que suspeitar de políticas públicas que venham com o intuito de promover o bem de todos?

Efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. A Política Nacional de Humanização é constituída por alguns princípios: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia protagonismo dos sujeitos. A humanização enquanto política de saúde está dentro da política de educação superior. Humanizar a formação para humanizar o SUS. (Humaniza SUS, 2003, p. 63).

Veiga-Neto e Lopes (2007) colocam que:

As campanhas públicas funcionam como pedagogias culturais e, por isso, buscam o governo, sobretudo pelo discurso; elas pretendem ensinar o melhor comportamento e o que é melhor ou mais correto fazer, usar, etc. É trivial afirmar que toda e qualquer política pública só se torna manifesta por intermédio do discurso, entendendo-se discurso como um conjunto de enunciados que, mesmo pertencendo a campos de saberes distintos, seguem regras comuns de funcionamento. (p. 958).

Os autores apontam que esses saberes passam a operar como verdades quando entram na ordem do discurso da Educação em Saúde, produzindo modos de ser e de trabalhar em saúde.

Espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças representativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde, (nas SES e nas SMS), tendo como atribuições: difundir os princípios norteadores da PNH; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento de cada serviço e sua rede de referência; promover o trabalho em equipes multiprofissionais, estimulando a transversalidade e a grupalidade; propor uma agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores da saúde; incentivar a democratização da gestão dos serviços; divulgar, fortalecer e articular as iniciativas humanizadoras existentes; estabelecer fluxo de propostas entre os diversos setores das instituições de saúde, a gestão, os usuários e a comunidade; melhorar a comunicação e a integração do equipamento com a comunidade (de usuários) na qual está inserida. (HUMANIZASUS, 2010, p.61).

Esta ação não deve ser compreendida como um poder com uma essência, identificado apenas em alguém ou em algum lugar específico, contudo como micropoderes, descentralizados, relacionais, atuando em diversos espaços por práticas diversas, neste sentido as políticas públicas podem ser compreendidas como dispositivos estratégicos de poder dos quais ninguém escapa. Mesmo os excluídos fazem parte, pois legitimam a inclusão da maioria.

Segundo Castiel (2010):

[...] os discursos sobre a saúde nunca se referem tão somente a dimensões da saúde. Se tais discursos significam modos de pensar, escrever, falar sobre saúde e suas práticas, é preciso situá-los em determinados momentos históricos e saber as razões porque se legitimam ao acompanharem e se ajustarem à ordem econômica, política e social onde são gerados, sustentados e replicados. Discursos sobre a saúde (mais especificamente sobre riscos à saúde) consistem em construções contingentes, de caráter normativo, inapelavelmente vinculadas a outros interesses (p.118).

Benevides e Passos (2005) sugerem que para a atuação de uma política pública se tornar eficaz, precisam ocorrer também mudanças nos processos de subjetivação, em que sujeitos se transformem a partir de suas próprias práticas de saúde, subjetivando desta maneira também as políticas do SUS.

Apostar em uma Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção da saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre esses dois processos, o que faz da humanização um catalisador dos movimentos instituintes no SUS (p. 392).

A afirmação da indissociabilidade nos processos de subjetivação dos sujeitos e também das políticas que vão sendo subjetivadas, denotam, a partir das práticas em saúde, a complexidade das articulações entre Educação e Saúde. Por meio da Educação em Saúde enquanto produtora de normas, as diferentes formações em saúde vão sendo subjetivadas e marcadas por saberes e fazeres humanizados.

4.3 Notas sobre a disposição dos pontos turísticos – a PNH e a Regionalização

Existiria “uma fórmula pronta”, baseada nas experiências que deram certo, que unem práticas com saberes, que são indissociáveis e que devem ser copiadas? Mas

será isto possível tendo em vista as inúmeras diferenças marcadas nas diversas regiões de nosso país?

E esta é outra questão que me chama a atenção ao analisar o sumário do caderno 1 – Formação e Intervenção. Assim, fiz um recorte do sumário, de quatro experiências relatadas em artigos que compõem o caderno. Uma delas que ocorre no estado do Pará e, as outras duas, no estado do Rio Grande do Sul, conforme pode ser visto a seguir:

Saúde e humanização na região Norte: perspectivas e desafios do processo de formação no Estado do Pará	29
Formação-intervenção em nível de pós-graduação: a experiência da Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul.....	133
A construção de um observatório de práticas da política nacional de humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul.....	141
A cogestão e gestão participativa na prática de um serviço de saúde: a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS)	193

O que me chamou a atenção nesse aspecto, é que os exemplos descritos no caderno são exemplos regionalizados: Região Norte e Região Sul, todavia será que funcionariam se não tivessem ocorrido naquelas regiões específicas? Como é possível afirmar os êxitos do Rio Grande do Sul, ocorreriam no Pará e vice-versa?

Nesta perspectiva, problematizo outro aspecto que julgo importante mencionar que é o de que estes artigos são relatos de experiências de um SUS que “deu ou está dando certo” (FORMAÇÃO, 2009). É claro que não servem de estímulo, exemplos de práticas ou ações fracassadas. Também é certo que haja muita pressão, sob a ótica neoliberal, para mostrar acontecimentos e situações não-humanizadas na saúde, de experiências frustradas do SUS, com atendimentos precários e defasados, com o objetivo de mostrar que a saúde pública está fracassada e que a saída se mostra cada vez mais no caminho da privatização da saúde.

Entretanto, ao cair no extremo oposto, de expor apenas experiências promissoras da PNH, talvez seja também incorrer em equívoco semelhante, em que se mostram apenas esboços positivos, onde tudo funciona muito bem, acabando desta maneira, por negligenciar dificuldades históricas na constituição do SUS.

De acordo Darsie (2014):

[...] tendo em vista as singularidades espaciais, relativas a diferentes áreas, sugiro que apesar dessas políticas interferirem nas dinâmicas que envolvem determinadas partes do espaço, elas também são, em certa medida, modificadas pelas espacialidades vividas nessas parcelas espaciais. As particularidades culturais, econômicas e religiosas, por exemplo, dificultariam o estabelecimento de um padrão de saúde, mesmo que as intenções, a priori, se destinassem a este fim (p.98).

Os discursos que compõem a PNH, assim como ocorre com outras políticas públicas, nunca são “das pessoas”, nem “do Estado” como detentor do poder. Os discursos provêm de campos de saber, que se estabelecem como verdades dentro de um jogo de forças, do jogo entre o verdadeiro e o falso, no qual a luta constante entre a oposição de sentidos, por vezes, pode ser muito violenta. Mas, é a partir deste embate entre posições diferentes que se produz um resultado que acaba por assumir um lugar de verdade na ordem do discurso.

Com isso quero dizer que a produção de subjetividade que ocorre com a introdução da Política Nacional de Humanização não se dá no sentido de imposição ou verticalização prescritiva na forma de se fazer uma política pública, mas que essa produção de subjetividade se dá entre as relações de quem a produz e dos usuários. É na inter-relação, no coletivo, nos laços que se estabelecem entre trabalhadores em saúde e usuários, entre gestores e trabalhadores, trabalhadores e parceiros, nas relações de forças intrínsecas nas práticas de gestão e cuidado que se estabelecem formas de organização, criação de modos de ser e de fazer.

Abaixo trago outro excerto do Caderno Humaniza (2010):

O Curso de Especialização em Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Rio Grande do Sul, pioneiro no país na modalidade Lato Sensu, foi construído em extensão à proposta de formação da Política Nacional de Humanização desencadeada com o Curso Nacional de Formação de Apoiadores Institucionais de 2006. A constituição de um grupo de apoiadores qualificados já naquela primeira experiência de formação, a distribuição de boa parte desse grupo em municípios e serviços estratégicos no Estado, nossa inserção acadêmica e parcerias de trabalho anteriormente firmadas entre as instituições de ensino superior participantes do projeto foram alguns dos fatores que concorreram para que a continuidade da formação disparada no país se estruturasse no Rio Grande do Sul em nível de pós-graduação. Foi assim que um grupo de onze apoiadores que constituíram a Unidade de Produção gaúcha em 2006 transformou-se em 66 novos apoiadores certificados em 2008 e ampliou-se com mais 103 formados na segunda edição, encerrada no início de 2009. (CADERNOS HUMANIZASUS, 2010, p. 134).

A partir deste excerto mostra-se um exemplo de um curso de pós-graduação pioneiro, mas será que este exemplo teria sido possível em qualquer outro estado da Federação Nacional? Mesmo tendo sido um exemplo promissor, não estaria este documento sendo normativo, na medida em que traz um exemplo bem-sucedido do Sul do país?

Outro exemplo de recorte de experiência regional que mostro é do artigo: “A cogestão e gestão participativa na prática de um serviço de saúde: a criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do SUL (CLIFI-UCS)”. (CADERNOS HUMANIZASUS, 2010, p. 193).

Este estudo narra a intervenção realizada na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul (CLIFI-UCS) que originou um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Inicialmente, foram detectados problemas na CLIFI-UCS, tais como: a fragmentação do processo de trabalho e as dificuldades nas relações entre os diferentes profissionais, com baixa interação entre a equipe, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e a dificuldade da equipe em se adaptar ao trabalho conjunto. A fim de melhorar este quadro, utilizou-se como dispositivo de intervenção um GTH para fomentar a cogestão e gestão participativa. Dentre os resultados verificados, temos o aumento da confiança do grupo, a melhora da noção de equipe, o aumento da cogestão e a mudança dos processos de trabalho com a incorporação do acolhimento, Projeto Terapêutico Singular e reuniões de equipe semanais.

Este é outro relato de experiência bem-sucedida, localizada no Sul do país, que utilizou o dispositivo do grupo de trabalho como reforçador da lógica de instituição da humanização. Mas será possível afirmar que se tivesse sido colocado em prática em outro local teria tido resultado semelhante? Não, não é possível fazer esta afirmação. Parece-me que vários destes artigos mostram o Rio Grande do Sul como um observatório de práticas e este observatório transformado em uma espécie de “projeto piloto nacional”. Sei que é uma apreciação que pode soar dura, porém me é possível questionar se estas experiências teriam ocorrido em outro lugar, se teriam tido o mesmo desfecho.

Os sujeitos são subjetivados produzindo maneiras de atuar, e, simultaneamente, a PNH é subjetivada pelas práticas de trabalhadores e usuários de Saúde.

De acordo com Benevides e Passos (2005):

Realizar mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. Apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre esses dois processos, o que faz da humanização um catalizador dos movimentos instituintes que insistem no SUS. (p. 392).

O artigo “A construção de um observatório de práticas da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde: a experiência do Rio Grande do Sul” (CADERNOS HUMANIZASUS, 2010, p. 142) apresenta o seguinte Resumo:

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

Quando li este artigo, descrevendo um “observatório de práticas”, imediatamente me veio à mente a imagem do Panóptico de Bethelheim, como perfeitamente descrita por Foucault (1987, p.165-166). Pensei neste observatório como uma forma dos trabalhadores e apoiadores em saúde serem formados, sem verem muito bem de como estão sendo conduzidos.

O relato das experiências narradas através dos artigos pode ser pensado como um dispositivo de controle político das populações, uma estratégia de governo por meio de modelos bem-sucedidos, que direcionam para um modo de fazer, porém não há certezas de que os resultados seriam idênticos se reproduzidos em outros lugares.

Desta maneira, voltando à metáfora utilizada no decorrer da pesquisa-viagem, finalizo esta seção, compreendendo que nem todos os meios de transporte podem nos conduzir aos mesmos lugares, pois os acessos a estes podem ser bastante diferentes.

Assim, encaminho o leitor às considerações finais desta pesquisa, ciente de que haveriam inúmeras possibilidades de outros caminhos a trilhar, mas que, durante o percurso, foi necessário escolher os trajetos, mesmo sabendo que, no caso deste tipo de viagem, não se tem certeza do destino.

5. LEMBRANÇAS DE VIAGEM

Realizar todo o percurso desta pesquisa-viagem, me fez compreender comentários que muitas vezes havia escutado a respeito de uma experiência de pesquisa de mestrado: - “Esses dois anos passam voando! – Gostaria de ter tomado outros rumos nesta pesquisa! – Os trajetos são imprevisíveis!” ... E fui percebendo que cada uma dessas frases soltas fazia um pouco de sentido, pois a sensação é mesmo de que o tempo voa, de que se poderia ter feito de diversas maneiras e de que a própria trajetória vai nos proporcionando encontros, distanciamentos, rupturas e continuidades.

Enfim, após percorrer o caminho, pude entender, por meio desta experimentação, como eu vivenciei este processo. Foi um exercício de muito aprendizado, desde as primeiras disciplinas cursadas na linha de pesquisa. Me senti descobrindo formas de me movimentar neste “ambiente da pesquisa”, uma ruptura para uma profissional que transitava na mesma instituição, porém no lugar de trabalhadora de saúde.

Parti em viagem, e, algumas leituras mostravam como utilizar os meios de transporte, outras como arrumar as malas, preparar as bagagens e outras apontavam para alguns destinos possíveis.

Mas um sentimento inicial me tocou logo de início: o contato com um novo referencial teórico despertava em mim a associação imediata com a necessidade de fazer deslocamentos, o desejo de transitar por locais nunca antes visitados. Por outro lado, conectou também uma ligação com meu prazer em viajar, em experimentar novas paisagens, hábitos, costumes, histórias, culturas, etc. Desta forma, fui me constituindo como uma pesquisadora-viajante!

Nesta experiência iniciei “Transitando pelas Fronteiras” entre a Educação, a Saúde e a Humanização. Neste trânsito, me aproximei de um referencial teórico que me possibilitou enxergar estas áreas enquanto produtoras de sujeitos. Já havia feito algumas leituras prévias na área da Psicologia Social, o que me proporcionava certa proximidade com esta maneira de compreensão. Todavia, o mergulho em algumas leituras do referencial pós-estruturalista, as aulas, as bancas, os congressos e as orientações na linha de pesquisa, me permitiram os embarques e desembarques da viagem.

A investigação que propus desenvolver neste processo, me proporcionou perpassar a história da saúde brasileira, desde o início do século XX, trazendo com ela considerações acerca do cenário político, econômico e social. Assim sendo,

procurei mostrar os atravessamentos dessas esferas no estabelecimento e nos acontecimentos da área da saúde no Brasil. Para tanto contextualizei como se afirmou a Saúde Pública, em seguida, abordei as condições de emergência da Saúde Coletiva e do Sistema Único de Saúde (SUS), como se instituíram seus discursos e posicionamentos.

O capítulo seguinte, o qual chamei de “Ferramentas de Viagem”, procurei mostrar ao leitor como entendi, por meio do referencial bibliográfico, os conceitos utilizados. Usei este nome por entendê-los como instrumentos úteis para problematizar como a Política Nacional de Humanização do SUS. O objetivo da pesquisa foi discutir com atua a humanização, na produção de subjetividade dos trabalhadores em saúde. Para auxiliar nesta etapa, as principais ferramentas-conceito utilizadas foram: as experiências de si, os de regimes de verdade e as relações de poder.

Na sequência, busquei detalhar o método de pesquisa utilizado. Então, no capítulo “O Roteiro de Viagem”, descrevi como foi realizada a análise de documentos, e, como se deu a rota percorrida pelo Cadernos HumanizaSUS, vol. 1, sob o enfoque “Formação e Intervenção”, o qual narra sob forma de artigos e entrevistas, diversas experiências de práticas humanizadas em Saúde. No mesmo capítulo, discorri também sobre os conceitos análise de discurso e processos de objetivação e subjetivação.

No último capítulo, cujo nome utilizado foi “Paisagens da Viagem”, procurei discutir a PNH e sua constituição enquanto regime de verdade. A partir da análise de discursos contidos nos documentos, problematizei também de que maneira opera como ferramenta de inclusão e como produtora de subjetividade dos trabalhadores da saúde.

Ao me aproximar do destino final deste período, tive a sensação de ter feito uma ótima viagem, da qual guardarei memórias incríveis, fotografias bonitas e relatos de saberes que me subjetivaram e me despertaram a potência de talvez, quem sabe, programar o roteiro da próxima viagem!

6. BÚSSOLAS

AGUIAR, Zenaide Neto. *SUS: Sistema Único de Saúde—antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. 2ª ed. rev. ampl./ Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. São Paulo: Hucitec, 2007.

AROUCA, Sérgio. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

AROUCA, Sérgio. *Reforma Sanitária*. Biblioteca virtual Sérgio Arouca. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

BAHIA, Lígia. *A política de saúde no Brasil*. IN: ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. (p. 201-218).

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. *Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado*. *Fractal: Revista de Psicologia*, v.23, n.3, p. 641-658, set./dez. 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *Humanização na saúde: um novo modismo?* *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 389–394, Mar./Ago. 2005. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. *A humanização como dimensão pública da saúde*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p. 561 –571, 2005.

BERNARDES, Anita G.; PELLICOLI, Eduardo C.; MARQUES, Camila F. *Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.8, p.2339-2346, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_proggestores_livro1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS: Política Nacional da Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. *Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores em Saúde do SUS*. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRISSAC, Nelson. Paisagens urbanas. In: PARENTE, André (org.). A era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993.

BUSS, P.M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Rev. C S Col. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-178, 2000. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-260065>

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CANESQUI, Ana Maria. *Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três Décadas de Ensino e Pesquisa*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, vol.3, nº1, Rio de Janeiro, jan/jun. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100131

CARVALHO, Gilson. *A saúde pública no Brasil*. Estudos Avançados, vol. 27, nº 78, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo A. *Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras*. Revista Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. Botucatu -Interface: v.9, n.16 set./fev.2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013.

CASTIEL, Luis David. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

CASTRO, Edgardo. Vocabulário de Foucault—Um percurso por seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CASTRO, Edgardo. Leituras da modernidade educativa. Disciplina, biopolítica, ética. In: GONDRA, José e KOHAN, Walter. *Foucault 80 anos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 63-77.

CONFERÊNCIA de MICHAEL FOUCAULT no Rio de Janeiro, 1974. Revista Verve, nº 18: p. 167– 94, 2010. PUC/SP. *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina*. São Paulo, 2010.

DARSIE de SOUZA, Camilo. *Educação, Geografia e Saúde: geopolítica nos discursos da Organização Mundial da Saúde e a produção da mundialidade pelo controle e prevenção de doenças*. Tese de doutorado em Educação pela UFRGS, 2014.

DUARTE, André. *Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo*. In: Rago, M.; VEIGA-NETO, A. *Para uma vida não-fascista*. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2015. (p.35-50).

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. *História das políticas de saúde na Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista*. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 8ª Ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FISCHER, Rosa M. B. *Na companhia de Foucault: multiplicar acontecimentos*. Educação e Realidade, Porto Alegre (RS), v. 29, n.1, p. 215-227, 2004. Texto disponível em: <http://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25427/14753>

FISCHER, Rosa M. B. *Foucault revoluciona a pesquisa em educação?*. Perspectiva (Florianópolis), Florianópolis (SC), v. 21, n.2, p. 371-389, 2003. Texto disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9717/8984>

FISCHER, Rosa Maria Bueno. *Foucault e a análise do discurso em Educação*. Cadernos de Pesquisa (CEDES). [online]. 2001, vol. 114, no. 197-223. Texto disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>

FORMAÇÃO de formadores e apoiadores para a política de humanização e atenção à saúde. Brasil: MS, 2009. 2 DVDs vídeo (aprox. 471 min): son., color.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. La politique de la santé au XVIII siècle. In: Foucault et al. *Les machines à guérir: aux origines de l'hôpital moderne*. Bruxelles: Pierre Mardaga, 1979.

_____ *A Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1986.

_____ *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.

_____ *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. 14ªed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____ *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____ Les techniques de soi. In: FOUCAULT, M. Dits et écrits. Paris: Quarto/ Gallimard, 2001. P. 418-428.

_____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____ *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____ *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2003.

_____ *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____ *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____ *Segurança, Território e População: curso do Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____ *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____ *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2010.

FLORENCE, Maurice. Foucault – 1984. In: FOUCAULT, M. *Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GADELHA, Sílvio. *Biopolítica, governamentalidade e educação*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2009.

GIOVANELLA, Lígia (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GUARESCHI, Neuza M. de F.; LARA, Lutiane de; ADEGAS, Marcos A. *Políticas públicas entre o sujeito de direito e o homo economicus*. Rev. Psico, v. 41, n. 3, pp. 332-339, jul./set.2010.

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8163>

GUARESCHI, Neuza; BERNARDES, Anita G. *Estratégias de produção de si e a humanização no SUS*. Rev. Psicologia Ciência e Profissão, 2007, v. 27, n. 3, pp. 462-475. <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n3/v27n3a08.pdf> (p.462 -475).

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. *Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, supl. 1, p.493–502, 2009.

HILLESHEIM, Betina. *Pesquisa em Psicologia e saúde: rachaduras teórico-metodológicas*. In: BERNARDES, A.G.; COSTA, M.L.; ZANATTA, J.A. (org.). Modelos histórico-epistemológicos e produção de saúde. 1ª ed. Campo Grande: UCDB, 2016, p. 77-85.

HILLESHEIM, Betina. *Políticas Públicas e Educação: desdobramentos para a pesquisa*. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, nº 10, vol. 3, 2015. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/8092>.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde–Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, jul 2009, p. 313-331.

HOCHMAN, Gilberto (org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

HUNT, Lynn. *A invenção dos direitos humanos*. São Paulo: Cia das Letras, 2009.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. *Gerência dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, vol. 6, nº 3, set.1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300002.

KNOBEL, M.; MEDEIROS NETO, G. *Moléstias associadas à carência crônica do iodo*. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. vol 48, nº 1, Fev./ 2004, p.53-61.

LOPES, Mário. *Políticas públicas de saúde: interação dos atores sociais*. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

MORSCHER, Aline; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. *Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

NUNES, Everardo Duarte. *Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto*. (p.17 – 37). IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

.....*A crise na Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

----- Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299 – 316, 1998. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593>

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudança nos modos de gerir e cuidar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, v.13, p.701-708, 2009. Suplemento 1.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. *A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Humanização em perspectiva*, p. 7-14, 2008. http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_humanizacao_em_perspectiva.pdf#page=7

PELBART, Peter Pál. *Vida Capital: Ensaio de biopolítica*. São Paulo. Ed. Iluminuras, 2003.

PELLEGRINI FILHO, A.;BUSS, P. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus Fundamentos: Determinantes Sociais da saúde, Ação Intersetorial e Políticas Públicas Saudáveis. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

PETERS, M. Pós-estruturalismo e filosofia da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PETERS, Michael A., BESLEY, Tina. *Por que Foucault? - Novas diretrizes para a pesquisa educacional*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

RABINOW, Paul. *Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RIBEIRO, Renato Janine. *Novas fronteiras entre natureza e cultura*. In: NOVAES, Adauto. *O homem máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

ROCHA, Cristianne M. Famer. *As Redes em Saúde: limites e possibilidades*. Washington, DC, 09 de agosto de 2005. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho_redes1.pdf

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da (org.). *Epidemiologia & Saúde* 7ª ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANDRONI, Paulo. *Dicionário de Economia*. São Paulo: Best Seller, 1989.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *Redes no SUS: marco legal*. In: SILVA, Sílvio Fernandes da (org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*, Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SCLIAR, Moacyr. *História Política e Revoltas*. Porto Alegre: Scipione, 2002.

SILVA, R. N. (2003). Ética e paradigmas: desafios da psicologia social contemporânea. In: K. S. Ploner, et al. (orgs.). *Ética e paradigmas na Psicologia Social*. Porto Alegre: ABRAPSO-SUL, 2003.

SOUZA, Celina. *Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas*. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault e a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo e LOPES, Maura Corcini. *Inclusão e governamentalidade*. Rev. Educação e Sociedade. Campinas, v. 28, n. 100, p. 947-963, out. 2007.

VIEIRA-da-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. *O que é Saúde Coletiva?* In: *Saúde Coletiva: teoria e prática* -1ª edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

WEIGELT, Leni Dias. *Política Pública de Saúde: um estudo sobre o processo de implementação da descentralização/ regionalização da saúde na região do Vale do Rio Pardo-RS*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2007.