

**DINACI VIEIRA MARQUES RANZI**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE NOVA ALVORADA DO SUL-MS - 2008-2011**



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL  
MESTRADO ACADÊMICO  
CAMPO GRANDE - MS  
2013**

**DINACI VIEIRA MARQUES RANZI**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE  
PARA OS TRABALHADORES DA SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE NOVA ALVORADA DO SUL-MS - 2008-2011**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local - Mestrado Acadêmico, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cleonice Alexandre Le Bourlegat.



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO LOCAL  
MESTRADO ACADÊMICO  
CAMPO GRANDE - MS  
2013**

### Ficha Catalográfica

Ranzi, Dinaci Vieira Marques

R214a Análise da política de educação permanente para os trabalhadores da saúde do município de Nova Alvorada do Sul-MS - 2008-2011./ Dinaci Vieira Marques Ranzi; orientação Cleonice Alexandre Le Bourlegat. 2013  
117 f. + anexos

Dissertação (mestrado em desenvolvimento local) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Educação permanente em saúde 2. Políticas públicas em saúde I. Le Bourlegat, Cleonice Alexandre II. Título

CDD - 614

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Título:** Análise da política de educação permanente para os trabalhadores da saúde do município de Nova Alvorada do Sul-MS - 2008-2011


**Área de Concentração:** Desenvolvimento Local em Contexto de Territorialidades

**Linha de pesquisa:** Desenvolvimento Local: Sistemas Produtivos, Inovação, Governança

Dissertação submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local - Mestrado Acadêmico da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Local.

Qualificação aprovada em: 31 / 07 / 2013

### **BANCA EXAMINADORA**

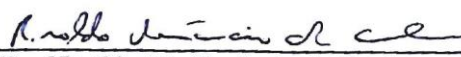


---

**Profª Drª Cleonice Alexandre Le Bourlegat**  
Universidade Católica Dom Bosco

---

**Profª Drª Arlinda Cantero Dorsa**  
Universidade Católica Dom Bosco



---

**Prof Dr Rivaldo Venâncio da Cunha**  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

### **Dedico**

Ao Sistema Único de Saúde e a todos seus militantes, sem os quais, certamente, não alcançaria toda formação e toda bagagem que outrora adquiri e que pretendo mais.

## **AGRADECIMENTOS**

Para escrever essas linhas meditei muito, porque várias pessoas queridas me acompanharam nesse percurso, me incentivando e participando deste processo. Deixo a elas meu agradecimento:

Aos professores do Mestrado, e em especial a minha orientadora Profa. Cleonice Alexandre Le Bourlegat, que, como experiente orientadora, não mediu esforços para me conduzir neste trabalho que evoca a Análise da Educação Permanente no Sistema Único de Saúde, dentro de particularidades e traçando um novo conceito no modo de fazer e operar os processos de trabalho, no cotidiano do SUS.

Minha gratidão especial ao Ex Prefeito de Nova Alvorada do Sul, Arlei Barbosa que sempre acreditou na qualidade da aplicação do nosso projeto;

Ao Aildo da Luz, grande companheiro e amigo que acompanhou e nos deu apoio para este processo, revelando-se um interlocutor imprescindível e;

A Equipe da Secretaria Municipal de Saúde, no qual quero agradecer de forma muito especial em nome da Fisioterapeuta Thalita Mattos, grande amiga e companheira que nos apoiou de forma integral para a aplicação deste projeto.

A minha mãe Cândida, que não tem a noção desse desafio devido a sua saúde, mais sempre diz: “fico muito orgulhosa porque você estudou” e meus familiares que estiveram sempre próximos.

A amiga e companheira Célia Maria Flores, pela dedicação e apoio integral no trabalho e na missão que desempenhei como Vice Prefeita, que na oportunidade segurou na minha para mão para seguir em frente com este projeto.

A Maria Lourdes Robaldo e Olga Maria Pasqualotto amigas, irmãs e comadre, pela amizade e generosidade e ainda me ampararam com moradia, pois precisava me deslocar ate Campo Grande.

Aos colegas da turma de mestrado do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Local da UCDB, pela amizade e cumplicidade nos momentos mais difíceis do curso, bem como aqueles agradáveis e festeiros sem os quais a vida acadêmica ficaria sem graça.

E por fim, a todos os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde de Nova Alvorada do Sul que participaram da pesquisa de uma forma ou de outra.

E ao nosso tesouro maior, enquanto brasileiros que somos: o Sistema Único de Saúde. O meu mais sincero muito obrigado pela oportunidade de aprendizado e crescimento.

## RESUMO

Este trabalho propõe analisar o processo de construção da Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde no contexto específico do território municipal de Nova Alvorada do Sul, processo esse iniciado em 2008, como uma iniciativa da Administração Pública local, que percebeu a necessidade da implantação deste programa, visando à melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população. A questão que passou a nortear a pesquisa foi sobre a efetividade da prática de educação permanente junto às unidades de saúde do SUS, realizada no contexto de uma cidade de pequeno porte de Mato Grosso do Sul, verificada junto aos trabalhadores nela engajados e aos usuários desses serviços. O objetivo geral da presente pesquisa foi avaliar e interpretar a prática política de educação permanente adotada em Nova Alvorada do Sul/MS, à luz dos princípios da política estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção maior à aplicação dos princípios específicos da Política Nacional de Humanização que permeiam a formação dos trabalhadores de saúde. Nesse sentido procurou-se verificar nas condições dadas pelo sistema SUS, no território de Nova Alvorada do Sul e no ambiente das unidades de saúde e no âmbito dos vários projetos existentes, como foi adotada a metodologia e a prática da educação permanente, e interpretar por meio da escuta dialogada com os sujeitos dessa prática educativa, levando em conta seus níveis de aspiração pessoal e profissional, possíveis transformações ocorridas no nível perceptivo e da reflexão crítica durante o processo. Conclui-se que os serviços de saúde devem se organizar a partir da compreensão do adequado fluxo e do acesso aos usuários facilitado por um pacto interno de gestão tratando-se, pois, de um processo de construção de uma política já constituída focada na formação e na discussão de novas posturas e propostas de trabalho.

**Palavras-chave:** Educação permanente. Humanização. SUS.



## **ABSTRACT**

This paper aims to analyze the process of construction of Humanization Policy in the Municipal Health in the specific context of the municipal territory of Nova Alvorada do Sul, a process started in 2008 as an initiative of the local public administration, which realized the need to implement this program, aimed at improving the care services offered to the population. The question that has guided the research was on the effectiveness of the practice of permanent education to health facilities SUS held in the context of a small town in Mato Grosso do Sul, checked with the workers engaged therein and users of these services. The general objective of this research was to evaluate and interpret the political practice of continuing education adopted in Nova Alvorada do Sul / MS in the light of policy principles established in the Unified Health System (SUS), with greater attention to the application of specific principles National Humanization Policy permeating the training of health workers. In this sense we have studied the conditions given by the SUS system, in the territory of Nova Alvorada do Sul and the environment and the health units under the various existing projects, was adopted as the methodology and practice of lifelong learning, and interpret through listening dialogued with the subject of this educational practice, taking into account their levels of personal and professional aspiration, possible changes occurring in the perceptual level and critical reflection during the process. We conclude that health services should be organized from the understanding of the appropriate flow and access to users facilitated by an internal management agreement in the case, therefore, a process of building a policy already constituted focused on training and the discussion of new positions and job offers.

**Key-words:** Continuing Education. Humanization. SUS.

## LISTA DE FOTOS

<b>Foto 1</b> - Lançamento da política de humanização de Nova Alvorada do Sul/GTH.....	70
<b>Foto 2</b> - Idosos participando do projeto AMES, entre as várias ações, atividades de lazer....	72
<b>Foto 3</b> - Banner do natal solidário.....	73
<b>Foto 4</b> - Equipe de educação permanente de Nova Alvorada do Sul.....	74
<b>Foto 5</b> - Oficinas de educação permanente. Dinâmica da Teia. Construção coletiva de ações .....	76
<b>Foto 6</b> - NASF Conviver, 2010.....	78
<b>Foto 7</b> - Mural da Amizade organizado pelos trabalhadores do Hospital para os festejos do fim de ano .....	80
<b>Foto 8</b> - Oficina técnica com ACS, dezembro 2010 .....	85

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA .....</b>	<b>16</b>
1.1 ASPECTOS TEÓRICOS .....	16
<b>1.1.1 Saúde e desenvolvimento local em contexto territorial .....</b>	<b>16</b>
1.1.1.1 Saúde.....	16
1.1.1.2 Desenvolvimento local .....	18
1.1.1.2 Território e territorialidade .....	19
<b>1.1.2 Educação permanente e humanização na assistência à saúde .....</b>	<b>20</b>
1.1.2.1 Educação permanente .....	20
1.1.2.2 Princípios da humanização na assistência à saúde .....	23
1.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	29
<b>1.2.1 Método da pesquisa.....</b>	<b>30</b>
<b>1.2.2 Método de abordagem .....</b>	<b>30</b>
<b>1.2.3 Procedimentos metodológicos .....</b>	<b>31</b>
1.2.3.1 Revisão bibliográfica de natureza teórica.....	31
1.2.3.2 Coleta de dados.....	31
1.2.3.3 Organização, análise e interpretação dos dados coletados .....	31
<b>2 O PROCESSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E EM MATO GROSSO DO SUL .....</b>	<b>33</b>
2.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE NO BRASIL .....	33
2.1.1 Origens coloniais do atendimento à saúde .....	33
2.1.2 Chegada da Família Real Portuguesa e as ações de políticas públicas de saúde voltadas à insalubridade dos Portos.....	35
2.1.3 Brasil Imperial: profissionalização médica e o início da medicalização na assistência à saúde .....	36
2.1.4 República Velha: movimento sanitarista e o papel dos profissionais da medicina nas políticas públicas de saúde.....	37
2.1.5 Estado Novo Populista: institucionalização da política pública com sistema previdenciário e assistência médica .....	38
2.1.6 Governos militares: unificação do Sistema Previdenciário e capitalização da medicina .....	40
2.1.7 Movimento sanitarista dos anos 80.....	41
2.2 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS.....	43

2.2.1 Estrutura do Sistema Único de Saúde.....	44
2.2.2 Princípios básicos do Sistema Único de Saúde .....	45
2.3 A POLÍTICA ATUAL DE SAÚDE NO BRASIL .....	47
2.3.1 A universalidade e a equidade .....	49
2.3.2 A integralidade das ações .....	50
2.3.3 A participação da comunidade ou controle social.....	51
2.4 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL.....	52
2.4.1 Construção do SUS e o pacto pela saúde .....	54
2.4.1.1 O Plano Estadual de Saúde .....	54
2.4.1.2 Educação Permanente em Mato Grosso do Sul.....	55
2.4.1.3 Atenção hospitalar em Mato Grosso do Sul .....	55
2.4.1.4 Alguns desafios à política estadual de saúde.....	57
2.4.1.5 Plano de formação em saúde para o trabalhador .....	58
<b>3 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM NOVA ALVORADA DO SUL/ MS .....</b>	<b>60</b>
3.1 CONTEXTO LOCAL DE MANIFESTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE .....	60
3.2 DIMENSÃO SOCIOECONÔMICA E DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	63
3.3 DIMENSÃO DA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS, NO MUNICÍPIO.....	64
3.4 GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	66
3.5 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO .....	67
3.6 OS PROJETOS.....	71
3.6.1 Atendimento Multidisciplinar para o Envelhecimento (AMES) .....	71
3.6.2 Conhecer e integrar a rede de saúde para o município .....	72
3.6.3 Comunidade solidária .....	73
3.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	74
3.7.1 Gestores e profissionais da Secretaria de Saúde .....	75
3.7.2 Unidade Mista de Saúde Jaira Maira Dias de Brito (NASF).....	77
3.7.3 Hospital Municipal Francisca Ortega .....	80
3.7.4 Vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de vetores .....	82
3.7.5 Estratégia de saúde da família - Leonora Dias Brito .....	82
3.7.6 Estratégia de saúde da família - Laurita Dias de Souza .....	83
3.7.7 Unidade Básica de Saúde do PSF - Isabel Menezes Coelho .....	83
3.7.8 Agentes comunitários de saúde .....	84
<b>4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO O FAZER COLETIVO.....</b>	<b>87</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>101</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>103</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>117</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS - no Brasil tem se pautado pelo estabelecimento de avanços nas práticas de gestão compartilhada numa tentativa de melhorar a qualidade do atendimento aos seus milhões de usuários.

A construção do SUS no Brasil é exemplo de uma política pública complexa. As transformações ocorridas no país a partir da década de 70, e até mesmo a partir do surgimento da Saúde Pública, corroboram a revolução que culminou com a Constituição de 1988, que efetiva o SUS como sistema que organiza a saúde no Brasil (VIANA, 2005, p. 20).

A partir da criação da Secretaria de Gestão e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel de definir diretrizes no que diz respeito à formulação das políticas de orientadores da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde. E, através daquele órgão, tem procurado constituir a formulação de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde em todos os níveis de escolaridade, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor da saúde.

Esta intersetorialidade é perseguida desde há muito, consolidando-se com a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que defendeu a saúde como um bem inalienável do ser humano, um direito que lhe é fundamental, e que para tanto, deve-se buscar a excelência dos serviços de saúde, o que exige a ação de vários setores sociais e econômicos (CONASEMS, 1998).

Para a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde, articulou-se uma agenda de compromissos de ações entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, com o Ministério da Educação e com as entidades de profissionais de saúde e de

ensino das profissões ligadas à área de saúde e similares. Toda esta articulação foi necessária para aprofundar a análise da realidade das organizações de saúde, quebrando-se a fragmentação, buscando-se reorientar os conceitos e práticas existentes, procurando-se construir outro olhar que viesse produzir um novo impacto na construção das relações de trabalhos e na formação dos trabalhadores de saúde.

Campos (2000) defende a valorização do sujeito em toda sua forma de ser, sentir, desejar e de sua capacidade de agir de modo racional.

Por outro lado, Maximiniano (2000) chama a atenção para o fato de que o fim último de uma gestão é a garantia da realização de objetivos previamente propostos, e que esses objetivos só poderão ser efetivados se houver a ação coordenada e participativa de todos os interessados.

A gestão da saúde brasileira tem buscado inovar e estabelecer novos métodos com o intuito de responder aos desafios que os serviços de saúde apresentam não só nos seus quadros de dirigentes, mas em todos os setores funcionais. As alternativas adotadas apontam para a flexibilização e incorporação de métodos e técnicas de gestão mais condizentes com a natureza complexa das organizações de saúde. Para tanto, tem sido buscado um caminho para a modernização gerencial que tem se pautado na perspectiva mais dialógica em torno da construção de um projeto de formação e qualificação da assistência que tem, como característica importante, a ênfase na gestão colegiada, onde a equipe de gestão é pautada pela forma planejada e integrada de atuar.

Sob tal aspecto, inicia-se um processo para a busca da qualidade dos serviços oferecidos pela atenção hospitalar que vem atrelada à busca de novos conceitos e diretrizes que visem compreender e entender a gestão de uma organização clínica dentro de preceitos de construção coletiva e contratualização dos serviços. Assim, para procurar vencer tal desafio, o Ministério da Saúde tem buscado propor a educação permanente como política de transformação das práticas de formação de pessoal, de atenção, de gestão, de formulação de políticas e de controle social.

Essa análise da formação de pessoal perpassa pela aprendizagem significativa que pode ser entendida como formação no trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e dentro das próprias organizações (BRASIL, 2005).

A partir deste conceito, a profissionalização dos coordenadores e profissionais é feita de forma integral para que os mesmos atuem como articuladores de equipe com vistas à

garantia de uma atenção qualificada e resolutiva, concatenada com os dispositivos da Política Nacional de Humanização, que incentiva e valoriza profissionais construtores de novos saberes. É necessário, portanto, que essa construção venha a ser pautada de forma que busque a inovação e construção de novas responsabilidades e compromissos com a formação de profissionais qualificados e éticos.

Para tanto, este desafio propicia um critério importante para se assegurar à gestão a qualidade, a educação permanente do aprendizado, ampliando-se a compreensão democrática e participativa que reflete diretamente na qualidade da atenção aos usuários.

É desta forma que se busca consolidar os princípios da melhoria da gestão e a educação permanente em saúde no município de Nova Alvorada do Sul/MS, propondo-se um trabalho de construção destes princípios, de forma participativa, a todos os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul/MS, respeitando-se as diretrizes e normativas em nível municipal, estadual e federal.

Gonçalves (2003) lembra que todos os setores e segmentos de uma sociedade se encontram em estado permanente de inter-relação, pois todos dependem de todos e de cada um simultaneamente, ocorrendo trocas de conhecimentos, saberes, informações, que são elementos fundamentais para que a sociedade tenha melhores condições de saúde e qualidade de vida.

O presente estudo se propõe analisar o processo de construção da Política de Humanização na Rede Municipal de Saúde no contexto específico do território municipal de Nova Alvorada do Sul, processo esse iniciado em 2008, como uma iniciativa da Administração Popular<sup>1</sup>, que percebeu a necessidade da implantação deste programa, visando à melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população.

A questão que passou a nortear a pesquisa foi sobre a efetividade da prática de educação permanente junto às unidades de saúde do SUS, realizada no contexto de uma cidade de pequeno porte de Mato Grosso do Sul, verificada junto aos trabalhadores nela engajados e aos usuários desses serviços.

Depreende-se que a implantação deste Projeto de Educação Permanente em Saúde seja de grande relevância, já que pretende contribuir, de maneira significativa, para a qualidade no atendimento, qualificação para a gestão, bem como o fortalecimento do trabalho multidisciplinar e o estímulo para a construção de novas relações e posturas, onde o ser

---

<sup>1</sup> Gestão 2004-2012, do prefeito Arlei Silva Barbosa (PT).

humano seja o grande beneficiado, minimizando, assim, a conhecida situação de fragilidade e muitas vezes de ineficiência em que se encontra o sistema de saúde em nosso país.

O objetivo geral da presente pesquisa foi avaliar e interpretar a prática política de educação permanente adotada em Nova Alvorada do Sul/MS, à luz dos princípios da política estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção maior à aplicação dos princípios específicos da Política Nacional de Humanização que permeiam a formação dos trabalhadores de saúde.

Nesse sentido, procurou-se aprofundar em dois objetivos específicos:

1) Verificar nas condições dadas pelo sistema SUS, no território de Nova Alvorada do Sul e no ambiente das unidades de saúde e no âmbito dos vários projetos existentes, como foi adotada a metodologia e a prática da educação permanente;

2) Interpretar por meio da escuta dialogada com os sujeitos dessa prática educativa, levando em conta seus níveis de aspiração pessoal e profissional, possíveis transformações ocorridas no nível perceptivo e da reflexão crítica durante o processo.

O referido relatório foi estruturado em quatro capítulos. O capítulo 1 teve como objetivo evidenciar os aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa abordando discussões importantes de alguns estudiosos do campo da saúde pública e da política de saúde, sua relação com o desenvolvimento local, além da conceituação deste, de território e territorialidade e; as discussões que emergem nos movimentos sociais de saúde sobre humanização e educação permanente. As políticas de Saúde Pública, de qualidade e de caráter universal devem priorizar, não apenas a necessidade do bem estar físico, mas, sobretudo os anseios do ser humano, onde as responsabilidades individuais e sociais integrem a concepção do direito à saúde.

Os métodos utilizados para a pesquisa foram organizados a partir de fontes bibliográficas, fotográficas, orais e documentais. O levantamento bibliográfico e documental inclui a análise de dados e projetos existentes em Nova Alvorada do Sul/MS, relacionados ao tema-base e sobre as condições dadas pelo contexto territorial do município. O capítulo ainda analisa, por meio da observação direta, a prática da educação permanente, nas Unidades de Saúde, do município.

Além das fontes utilizadas houve a aplicação de questionários, diferenciados e direcionados a equipes de sujeitos, oriundos de categorias técnicas e de gestores hospitalares. Esses questionários foram respondidos, oralmente, e autorizados pelo entrevistado.



O segundo capítulo aponta, de forma mais geral, a história da saúde no Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, sua estrutura, seus princípios basilares. Também apresenta a política de saúde pública e de educação permanente, no estado do Mato Grosso do Sul e os novos desafios que emergem a partir das ações do Estado.

O capítulo três demonstra o processo de construção e implementação da política de humanização e educação permanente nos serviços de saúde desenvolvido em Nova Alvorada do Sul/ MS, assim como o processo de capacitação até à elaboração e execução dos projetos pensados pelos trabalhadores para os usuários.

O capítulo quatro corresponde à pesquisa desenvolvida com funcionários da Secretaria de Saúde do município de Nova Alvorada do Sul, com o intuito de defender aquilo que foi proposto para este trabalho, ou seja, analisar a importância da educação permanente para estes e se esse processo permitiu alguma mudança significativa na vida profissional e social dos mesmos. A impossibilidade em se estudar a totalidade de uma população ou de um universo de pesquisa levou à necessidade da amostra. Foram feitas 11 entrevistas entre Agentes Comunitários de Saúde - ACS, Fisioterapeutas, Auxiliares de Serviços Gerais, Enfermeiros, Nutricionistas, Coordenadores de Serviços de Saúde, dentre outros trabalhadores.

# **1 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Este Capítulo pretende evidenciar os aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa abordando discussões importantes de alguns estudiosos do campo da saúde pública e da política de saúde; sua relação com o desenvolvimento local, além da conceituação deste, e de território e territorialidade e; as discussões que emergem nos movimentos sociais de saúde sobre humanização e educação permanente. Também demonstrar quais os métodos e fontes utilizadas para a pesquisa.

## **1.1 ASPECTOS TEÓRICOS**

### **1.1.1 Saúde e desenvolvimento local em contexto territorial**

A relação entre saúde, desenvolvimento local e território está estruturada horizontalmente e organizando-se, através das redes de serviços oferecidas pelo Estado, para toda a população. Essa relação é formalizada por pactuações entre entes federativos assegurando, portanto os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

#### **1.1.1.1 Saúde**

A anterior ideia simplificada de que saúde é um estado caracterizado pela ausência de doenças vem sendo modificada por um conceito mais amplo.

De fato, na anterior noção construída, a saúde se constituía um bem, associada ao estado natural do ser humano - no gozo pleno de suas faculdades físico e psíquico e de bem estar: a saúde. O contraponto desse estado seria a doença como disfunção desse estado natural (GLOBEKNER, 2009, p. 18).

Atualmente, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde “é o estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (GLOBEKNER, 2009, p. 19). Diferente do que propõe a Constituição da OMS:

Trata-se do conceito de *saúde integral*, definida como ‘a capacidade e o direito individual e coletivo de realização do potencial humano (biológico, psíquico e social) que permita a todos participar amplamente dos benefícios do desenvolvimento (ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE DE EDUCACIÓN EM SALUD PÚBLICA *apud* GLOBEKNER, 2009, p. 20-21).

O conceito de totalidade idealizada, esbarrava, segundo Righi, Pasche e Akerman (2006) em quem seriam os responsáveis pela produção do “completo estado de bem estar” humano. Em realidade, segundo Globekner (2009), todo esforço de promoção de saúde, por sua complexidade, implica alto grau de cooperação social. Para Righi, Pasche e Akerman (2006, p. 10) a “saúde resulta das condições concretas de vida da população, que por sua vez resulta da ação política dos sujeitos sociais, que disputam por recursos de várias ordens”.

A Carta de Ottawa também relaciona a promoção da saúde com criatividade num processo ativo e interativo do cotidiano vivido: “a saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos centros de aprendizagem de trabalho e de lazer” (KICKBUSCH, 1996, p. 16).

As políticas de Saúde Pública, de qualidade e de caráter universal devem priorizar, não apenas a necessidade do bem estar físico, mas, sobretudo os anseios do ser humano e sua funcionalidade mental, das condições dignas de vida, onde as responsabilidades individuais e sociais integrem a concepção do direito à saúde.

A relação entre saúde e desenvolvimento foi apontada pela Organização Mundial da Saúde, por meio da “Comissão para os Determinantes Sociais e Ambientais da Saúde” ao reconhecer que as condições socioeconômicas de um dado território podem determinar os resultados de saúde de uma população (WHO, 2004).

A promoção da saúde depende das várias dimensões de ambiente, de acordo com Righi, Pasche e Akerman (2006, p. 7) “O desenvolvimento local exige organizações com capacidade de inovar e as inovações em saúde integram um projeto de desenvolvimento do território”.

### 1.1.1.2 Desenvolvimento local

O Desenvolvimento local emerge a partir da necessidade de superar as limitações do Desenvolvimento Econômico, muito utilizado por políticos “desenvolvimentistas” e pela ideia de “crescimento” amarrado às questões quantitativas. Entretanto, o conceito de Desenvolvimento Local foi ganhando mais expressão, propondo uma revisão no economicismo e se organizando na defesa do Desenvolvimento Humano, no qual permeiam todos os vieses de cidadania, de forma participativa e qualitativa (CARAMELO, 2009).

O desenvolvimento local, segundo Barquero (2001) é a estratégia do novo milênio, na forma de iniciativas locais de desenvolvimento para se dar respostas aos vários problemas, ajustados às especificidades das condições vividas em cada realidade territorial. De acordo com Llorenz (2008), num conjunto de interações sociais as experiências e conhecimentos se reforçam mutuamente e dela emergem os processos inovativos, fundamentais para o desenvolvimento local.

Vicente Fideles de Ávila (2000) conceitua o desenvolvimento local como o processo de rompimento com as condições vividas de uma dada comunidade, ao romper as amarras que a prendem a seu território, por meio de suas capacidades, competências e habilidades, da cultura da solidariedade e da colaboração de agentes externos, para agenciar e gerenciar o aproveitamento dos recursos, na solução de problemas, necessidades e aspirações locais.

Com o Desenvolvimento Local, supõe-se a busca por maior participação dos usuários do serviço de saúde na definição do poder político, em favor de um ambiente saudável e socialmente justo, para as gerações atuais e futuras.

Com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros. Não precisam ser vistos, sobretudo, como beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento. Existe, de fato, uma sólida base racional para reconhecermos o papel positivo da condição de agente livre e sustentável (SEN, 2000, p. 26).

O grande desafio é como trabalhar o conceito de Desenvolvimento Local, por sua amplitude, pelas divergências de abordagens e em que o sistema econômico vigente comanda as desigualdades sociais. Induzir ao Desenvolvimento Local é pensar novas formas de organização que façam o enfrentamento às políticas de desenvolvimento tradicionais (OLIVEIRA, 2001).

Com o Desenvolvimento Local, supõe-se uma melhoria nos processos de busca pela melhoria de qualidade de vida das comunidades. Esse processo implica maior participação nas definições do poder político, em favor de um ambiente saudável e socialmente justo, para as gerações atuais e futuras. Conforme Sen (2000, p. 26):

Com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros. Não precisam ser vistos, sobretudo, como beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento. Existe, de fato, uma sólida base racional para reconhecermos o papel positivo da condição de agente livre e sustentável.

A educação permanente e o aprendizado significativo aparecem na base do protagonismo dos sujeitos em processos de participação e de gestão na promoção da saúde. Os usuários podem impor-se nas relações de poder, estabelecidas no controle dos territórios sanitários, ao dinamizar as suas potencialidades com liberdade, solidariedade e cumplicidade com os anseios sociais de restabelecer ambientes saudáveis.

#### 1.1.1.2 Território e territorialidade

O território para Koga (2003) é o “local concreto da realidade da vida coletiva”. De acordo com Le Bourlegat (2011), no atual mundo conectado pelo avanço dos meios de comunicação e transporte, em que as redes se imbricam com participação de indivíduos de diferentes culturas e raças, é no ambiente desse território vivido corporalmente pelas pessoas que tais redes se combinam, se conflitam ou até agem em paralelo, com efeitos desconhecidos e imprevisíveis. Portanto, para essa autora, é na escala do território vivido que as coletividades podem lidar com a complexidade para tornar os ambientes mais sustentáveis e saudáveis. Para ela, frente a situações de instabilidade mesmo do mundo e dos territórios organizados em escalas mais amplas, são as coletividades dos territórios locais que apresentam maior capacidade de interação, negociação, aprendizagem e governança, para enfrentá-las e gerar formas sustentáveis de vida.

A produção do território, por envolver-se num complexo de relações, se inscreve num campo de poder, que supõe um tipo de conhecimento e de prática (RAFFESTIN, 1993). Mesmo que se pense numa vida coletiva baseada em rede sociais de relações, para Pecqueur (2000), o território supõe mais que uma rede de relações sociais, por se tratar de um espaço abstrato de cooperação entre diversos atores com um enraizamento geográfico, capazes portanto de engendrar recursos particulares e soluções inéditas.

A territorialidade, segundo Koga (2003) é a manifestação da forma como uma dada coletividade se apropria, ou seja, faz uso de seu território, permeado dos significados e ressignificações que essa coletividade, no cotidiano vivido em cada território vivido.

### **1.1.2 Educação permanente e humanização na Assistência à saúde**

#### **1.1.2.1 Educação permanente**

Para que o desenvolvimento local aconteça é preciso reunir vários fatores. Um deles perpassa pela melhoria do nível educacional da população. Pensou-se, inicialmente, em desenvolver um processo de educação continuada centrada na atualização de conhecimentos de caráter individual e, posteriormente, o surgimento de outro formato educacional: A Educação Permanente.

O conceito de Educação Permanente surge na década de 1980, a partir da percepção do reduzido impacto dos programas de capacitação profissional e de atualização de conhecimentos (Educação Continuada - EC) na resolução dos problemas da prática do trabalho e na qualidade dos serviços [...] (VINCENT, 2007, p. 80).

A Educação Permanente, portanto, passa a priorizar o conhecimento relacional, através da “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho e considera que a gestão do conhecimento e a gestão do trabalho são processos indissociáveis” (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Esse novo conceito pressupõe que a população incorpore condições reais de tomada de decisão, empreender novos negócios e assumir responsabilidades, estabelecidas através das relações, porque todo desenvolvimento supõe resultar das ações e relações humanas.

Utilizando a Teoria Geral dos Sistemas (BERTALANFFY, 2008) - o conhecimento do todo, de modo a permitir a análise ou a interferência no mesmo - para a Educação Permanente, vimos que esta aborda uma prática, onde o conhecimento deva ser contínuo através de uma relação dialógica e de um significado real do que seja aprendizagem, para transformar as relações de trabalho e as práticas profissionais, na busca incessante da melhoria da qualidade e melhor resolutividade nos serviços e ações, seja na saúde, na educação, na produção, dentre outros (MASSAROLI; SAUPE, 2005).

Os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, e isto permitirá também a compreensão da proposta do adequado fluxo e do acesso aos usuários, facilitado por um pacto interno de gestão, tratando-se, pois, de um processo de construção de uma política já constituída, centrada na formação e na discussão de novas posturas e propostas de trabalho.

A partir da necessidade de novas estratégias de desenvolvimento em determinado local, o trabalho organizado deve passar por adaptações e inovações nas práticas e serviços de saúde visando novas formas de valorização e de participação da sua população como algo que não está contido nas teorias tradicionais do desenvolvimento.

A mudança de atitude é real, entretanto difícil, pois a sociedade resiste quando se trata de algo diferente a ser produzido e organizado e o ser humano sempre tem medo do novo. Mudar rotina de trabalho, partindo do pressuposto que o “outro” também “sou eu”, é um exercício contínuo de humanidade.

Também é preciso desconstruir a cultura da doença que programa o ser humano para a morte. A humanização em saúde eleva seus profissionais e usuários a criar uma cultura para a vida, em toda sua plenitude, que é também um dispositivo para a liberdade.

Um programa de Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto de um processo de aprendizagem significativa, que promove e produz sentido e sugere que as transformações das práticas profissionais no cotidiano estejam baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. É a realização entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e do trabalho.

Ceccim (2005) expõe com clareza que a chamada Educação Permanente pode corresponder tanto à Educação em Serviço, ao se colocar sob a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos com objetivos de promoção de mudanças institucionais ou de orientações de ações prestadas, como à Educação Continuada, quando seu objetivo é o de investir na melhoria dos quadros institucionais, carreiras de servidores, e também, ainda, pode corresponder à Educação Formal de Profissionais,

[...] quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005, p. 162).

O fato que, ao optar por um Projeto que trata sobre a Educação Permanente em Saúde, estamos nos incorporando à grande rede de profissionais que defendem um trabalho do SUS com qualidade, desafiador, necessário, que possa dar respostas às necessidades de uma população já, em grande parte, descrente dos serviços prestados pela rede pública de saúde, e que essa mesma população readquira a crença, o respeito, a dignidade de que são portadores, como cidadãos, tendo a certeza de que seus direitos serão atendidos.

Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores em saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão local em saúde.

Rovere (2005) reconhece que o desafio da política brasileira foi o de ampliar o uso pedagógico de caráter educativo, inicialmente proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde, no que diz respeito à Educação Permanente do Pessoal da Saúde, uma vez que a diretriz brasileira valoriza o caráter situacional dos saberes, conhecimentos e aprendizagens nos próprios lócus de trabalho do sujeito e em todas as suas dimensões possíveis e necessárias.

Muito antes de Mário Rovere (2005) e Mejia (2005 *apud* DAVINI, 1994), já defendia que a Educação Permanente em Saúde permitia que o trabalhador mantivesse, aumentasse, melhorasse sua competência para que ela pudesse ser compatível com o desenvolvimento de suas responsabilidades. Porém, Mejia (2005 *apud* DAVINI, 1994) não direcionou suas reflexões para o fato de que a melhoria das qualidades profissionais de um trabalhador nem sempre é garantia da melhoria da instituição em que trabalhava. Esta preocupação vem com eventos, conferências, estudos, obras, sobre o assunto, em anos subsequentes<sup>2</sup>.

Remete-se aqui às palavras de Ribeiro e Motta (1996, p. 42), para quem, a Educação Permanente em Saúde permite:

[...] rever práticas, concepções de um trabalho frequentemente reduzido à dimensão objetiva e técnica das práticas profissionais e do mundo do emprego. A EPS tem como objetivo a transformação do processo de trabalho orientado para a qualidade de melhoria dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso dos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

---

<sup>2</sup> Vide Comissão Nacional Interinstitucional do Ensino Médico - CINAEM - e colaboradores como Stella (2001), Santos *et al.* (2000) ou ainda Merhy (2002).



Este Projeto assume esse binômio de exercer um trabalho e se propor a refletir sobre o mesmo, no esforço de manter sempre uma atitude cidadã, de pesquisar saberes e conhecimentos, reparti-los, construir junto outros olhares, novos caminhos, de maneira crítica, porém sem desconsiderar os já trilhados ao longo da história individual e coletiva.

#### 1.1.2.2 Princípios da humanização na assistência à saúde

Com os movimentos sanitistas surgiu o conceito de saúde coletiva que passou a apontar os medos, as incertezas, a afetividade, a sexualidade, a compaixão, o cuidado, dentre outros, como essência da vida humana, significando, portanto, a obrigatoriedade em reconhecer o Humano, como um ser social/cultural em relação aos outros e com o meio ambiente, e que nessas relações, de forma dialética, se transforma e é transformado (ANGNES; BELLINI, 2006). Para alguns pesquisadores a gênese da Saúde Coletiva é

[...] tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pósgraduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador e na Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto. Os dois momentos tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde (BARBOSA; AZEVEDO, 2009, p. 5).

Para Barbosa e Azevedo (2009), a Saúde Coletiva é uma coletânea de ideias, de documentos, de referenciais teóricos do que seria a saúde geral. Passa também pelos instrumentos das ciências sociais com referências fundamentadas no conhecimento da medicina preventiva e saúde pública. Para tanto precisa ser inter e multidisciplinar.

Porém, a sua complexidade interna, suas ramificações em políticas públicas, planejamento, métodos de avaliação e outras apontam para a conformação da saúde coletiva como um grande campo de conhecimentos e práticas, inserido no campo intelectual que por sua vez está submetido, em maior ou menor grau e de acordo com sua autonomia relativa, a um campo de poder, socialmente delimitada a partir da correlação de forças historicamente dada (BARBOSA; AZEVEDO, 2009, p. 8).

Contemplando ainda a história do surgimento do conceito de Saúde Coletiva, Nunes (1994) aponta para a emergência de um projeto de saúde preventiva ou “projeto preventivista”, conforme o autor situa, que teve suas origens na década de 50, mais precisamente com as reuniões realizadas no Chile e no México que evidenciou uma “crise de uma determinada medicina, tanto em sua teoria, como em sua prática” (NUNES, 1994, p. 6).

As propostas de reformas, seja do Movimento Sanitarista brasileiro ou latino americano, não estão ligadas à prática médica, mas, principalmente, a um projeto pedagógico onde os profissionais de saúde pública devessem tratar, ou conhecer, temas ligados a administração dos serviços de saúde, ao fornecimento de uma visão mais completa do indivíduo atendido. Conforme documento da Organização Panamericana de Saude-OPS, a medicina social deveria ser entendida como “campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde como sua preocupação principal e estudar a sociedade, analisar as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica” (OPS, 1976 apud NUNES, 1994, p. 10).

Dessa forma, o conhecimento sobre saúde pública deveria vincular-se a partir de uma proposta pedagógica e não apenas da prática médica.

Tanto assim, que o grande saldo desse período é a inclusão, no curso de graduação em medicina, de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde, bioestatística. Procurava-se, dessa forma, ao criticar a biologização do ensino, calcado em práticas individuais e centradas no hospital, não somente introduzir outros conhecimentos, mas fornecer uma visão mais completa do indivíduo (NUNES, 1994, p. 5-21) .

Nesse sentido, a ideia de que a “saúde é para todos os sujeitos sociais” precisaria passar por um processo de educação, para cada formação de profissionais, onde a organização dos serviços de saúde fosse ampliada permitindo um atendimento mais eficaz e, principalmente humanizado, ou seja, para alcançar o conhecimento sobre saúde os profissionais devem saber e praticar a medicina preventiva, saúde pública e medicina social.

A ideia de uma área denominada Saúde Coletiva é tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva, realizado em Salvador, Bahia e, na Reunião sub-Regional de Saúde Pública da Organização Panamericana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto; ambas tiveram como objetivo redefinir a formação de pessoal para o campo da saúde. Para isso, sentia-se a necessidade da existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras num momento em que se sentia o esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública (NUNES, 1994, p. 5-21).

Dessa forma, a Saúde Coletiva é vista como um campo de saber e de práticas: “[...] vejo a saúde coletiva como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica” (NUNES, 1994, p. 16).

Historicamente, os diversos órgãos que lidam com a saúde, em especial a saúde pública, desenvolvem suas ações com os usuários de forma burocrática, impessoal e automatizada. As necessidades subjetivas dos usuários quase nunca são consideradas. Na maioria das vezes, a atenção e o acolhimento ficam limitados às situações em que a abordagem de rotina não se mostra adequada, isto é, quando a atenção à subjetividade do usuário se torna imperativa, tanto na perspectiva do doente quanto do profissional (SILVA; ARIZONO, 2008).

As Conferências de Saúde, como instâncias de representação da sociedade civil reafirmam e atualizam as discussões na construção permanente do Sistema Único de Saúde. As primeiras reflexões sobre humanização aparecem, a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1992, e retoma como um dos temas da 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000. Essa discussão foi criando corpo e uma necessidade premente de mudanças, em virtude dos desafios encontrados pelo SUS, principalmente no que diz respeito ao despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção.

Assim, em 2003 o Ministério da Saúde definiu, como uma de suas prioridades, a humanização do SUS (VIANA, 2004), apesar da existência de programas e ações com o perfil de humanização, a exemplo o Programa de Atenção ao Parto e Pré-Natal e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Entretanto estes programas, de modo geral, encontravam-se desarticulados e fragmentados. Desse modo, o Ministério da Saúde implanta o Programa Nacional de Humanização-PNH ou, conhecido como HumanizaSUS, como uma política pública de saúde porque envolve as ações já existentes e as potencializa e as aproxima (BRASIL, 2004).

Todavia, o “humanizar os serviços de saúde” não pode ser tratado ou praticado como uma ação piedosa, ou seja, a saúde de qualidade e humanizada não pode estar vinculada às concepções assistencialistas, filantrópicas e/ou religiosas, apenas olhando o ser humano como “bom e caridoso” (ARCHANJO; BARROS, 2010, p. 35).

Tal ‘conceito experiência’ se sustenta a partir da compreensão de que é necessário enfrentar as graves lacunas quanto ao acesso universal e equânime aos serviços e bens de saúde e à atenção integral. Emerge, ainda, como estratégia para modificar o quadro de desqualificação dos trabalhadores, de precarização das relações de trabalho visando romper com a fragmentação e a desarticulação das ações e programas nomeados como de humanização (ARCHANJO; BARROS, 2010, p. 35).

Para Foucault (2008), o termo “humanismo” sempre foi permeado de concepções científicas, políticas, mas principalmente religiosas, desaparecendo o “sujeito de liberdade” que dá lugar a imagem e semelhança de Deus. Seria o humanismo esse?

[...] conjunto de discursos através dos quais foi dito ao homem ocidental: Ainda que tu não exerças o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciasses a exercer o poder, apesar disso, tu podes ser soberano. Melhor: quanto mais renunciasses a exercer o poder e melhor submeteres a quem te o impõem, mais serás soberano. O humanismo inventou, alternativamente, essas soberanias sujeitadas que são a alma (soberana sobre o corpo, submetido a Deus), a consciência (soberana na ordem do juízo, submetida à ordem da verdade), o indivíduo (soberano titular de seus direitos, submetido às leis da natureza ou às regras da sociedade), a liberdade (interiormente soberana, exteriormente aquiescente e de acordo com seu destino) [...] (FOUCAULT, 2008, p. 346).

Desse modo, torna-se o indivíduo um sujeito alienado? Como pauta e como programa nos serviços de saúde, a política de humanização, proposta pelo Governo Federal, não tem a conotação de banalizar o termo como um favor, e sim como um direito a uma saúde pública e de qualidade. Nessa política estão incluídos usuários e trabalhadores. Nesse sentido, para o Ministério da Saúde,

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL. 2004, p. 6).

Portanto, deve ser uma política que opere, no sistema de saúde, de forma transversal e multidisciplinar.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004, p. 7).

Como um sistema, o SUS deve estar interconectado em Rede que implica trocas, solidariedade, responsabilidade conjunta, especificidade e complexidade, saberes, coletividade, compromisso, dentre outros. “Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos” (BRASIL, 2004, p. 9).

Um dos princípios norteadores da política de humanização é “Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (BRASIL, 2004, p. 10). A educação

permanente, portanto, nessa Política, além do conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e às instituições formadoras tem um papel fundamental, através da gestão do Sistema ao organizar núcleos de humanização para

[...] construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado (BRASIL, 2004, p. 18).

Em uma das publicações do Ministério da Saúde, sob o título: “Política de Recursos Humanos para o SUS, Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde” (BRASIL, 1995) define o processo de educação para o trabalho em saúde, como uma das estratégias que irão fomentar o desenvolvimento e a aplicação de metodologias educacionais voltadas para educação permanente dos trabalhadores, abrangendo todos os serviços de saúde, e que permitam uma capacitação coerente de acordo com as diretrizes assistenciais do SUS, através das escolas e faculdades de Ciências da Saúde, de forma a consolidar espaços de formação e a função social da política pública em saúde proporcionando serviços de qualidade à população e que irá refletir no desenvolvimento do próprio ensino de graduação.

O processo educativo inicia-se na relação entre os seres humanos mais novos com aqueles que os antecedem. É uma relação que depende da afetividade entre as crianças e os adultos que tomam conta delas. Posterior a esse primeiro contato, a educação seria organizada a partir das outras instituições sociais (ITURRA, s/d). Entretanto, nas sociedades ocidentais contemporâneas e devido às novas formas de organização social, política, econômica e a dinâmica do cotidiano, a educação tradicional, que era promovida por esses espaços, não parece mais responder às demandas da sociedade. Principalmente a escola que passou a ser questionada em relação a sua capacidade educativa.

As mudanças constantes nas formas de relacionamentos sociais - haja vista a introdução de novas tecnologias em conjunto com a ampliação das inúmeras possibilidades de comunicação, alcance de informações e mudanças nas relações produtivas - abalam os conceitos ou modelos de processos educativos para além dos sistemas e espaços escolares.

Nesse processo, o território apresenta-se como o principal agente promotor desse desenvolvimento, pois enfatiza a mobilização de recursos na região, privilegia o esforço no sentido de promover o desenvolvimento sustentável. Promove uma mudança gradativa de mentalidade e a descentralização do poder e da gestão de projetos por meio do estímulo à organização social de acordo com as condições e necessidades do local. Segundo Muls (2008, p. 8):

Em termos teóricos, considerar o território como um ator, como um sujeito que se define através da ação coletiva e da construção de instituições locais. Significa confrontar as leis de funcionamento de uma economia global às estratégias infranacionais que surgem como resposta e reação aos imperativos da competição internacional. Significa opor o local ao global e entender que as estratégias locais retroagem sobre as forças globais, a ponto de redirecionar suas leis funcionais, podendo então iniciar um movimento autônomo de crescimento e de autoregulação.

Para entender a ideia/conceito de “humanização”, Leonardo Boff, em sua obra “*Saber Cuidar. Ética do Humano*” afirma que em tempos de realidades virtuais, o mundo criou uma nova morada para o ser humano e este forjou um “encapsulamento sobre si mesmo e pela falta do toque, do tato e do contato humano” afetando, portanto, o que há de fundamental: o “cuidado e a compaixão” entre pessoas. Para Leonardo Boff (1999, p. 135):

O *cuidado* é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. No *cuidado* encontra-se o *ethos* fundamental do humano. Quer dizer, no *cuidado* identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um *bem-viver* e das ações um *recto agir*. [...] O *cuidado* serve de crítica à nossa civilização agonizante e também de princípio inspirador de um novo paradigma de convivialidade. [...] Sonhamos com uma sociedade mundializada, onde os valores estruturantes se construirão em redor do *cuidado* com as pessoas, sobretudo com os culturalmente diferentes, com os penalizados pela natureza ou pela história.

Pensando na qualificação dos profissionais e no atendimento aos usuários dos serviços de saúde pública, o Ministério da Saúde implantou a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), o que representa uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2010).

A Humanização corresponde forjar novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de práticas mais éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho. Os problemas, mais corriqueiros a serem superados são as filas, a insensibilidade dos

trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho (BRASIL, 2010).

A proposta para fortalecer o SUS é convidar a comunidade a fazer parte do processo de Humanização, pois cumpre um de seus pressupostos: a participação e o controle social. Segundo Benevides e Passos, a Humanização da atenção e gestão do SUS:

[...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 563).

Observa-se também a necessidade de uma mudança de mentalidade e de sensibilidade dos gestores e profissionais da saúde pública, pois não percebem que o progresso humano somente será efetivado quando houver respeito pelas diferenças, pela diversidade cultural e étnica que existe em nosso País e, principalmente, pelo aperfeiçoamento dos instrumentos que garantem os direitos individuais e coletivos.

Toda relação humana implica relações sociais, pois envolve atores diferentes com intenções e interesses diferentes. São também relações onde emergem conflitos, justificado pelos diferentes pontos de vista. Transformar essas relações requer o reconhecimento das diferenças e de que modo elas atrapalham o processo de construção desejada pelos grupos humanos.

## 1.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Segundo Costa e Costa (2001), metodologia é todo um conjunto de procedimentos utilizados no processo de construção do conhecimento; o caminho escolhido pelo pesquisador até que sejam vencidas todas as etapas, ou não, mas que, obrigatoriamente, as buscas devam ser sistematizadas.

### **1.2.1 Método da pesquisa**

A pesquisa foi organizada por meio do método qualitativo que tem a função de coletar dados por meio da interação entre um determinado grupo a ser analisado e que tem por atividade valorizar a visão dos participantes sobre uma experiência ou um evento que se deseja mencionar (ANTONI *et al.*, 2001).

Cada um dos componentes pesquisados apresenta experiências em relação a um determinado comportamento, crença, percepção e atitudes ocorridas por um tempo em que foram analisados, portanto o método utilizado foi a técnica de entrevista em grupo, e, em decorrência dos dados coletados e demonstrados pelo grupo tem-se uma análise posterior que definirá, qualitativamente, os resultados/proposições/encaminhamentos/demandas apontados por esse grupo.

A pesquisa qualitativa tem por abordagem a descritiva. Os dados obtidos desta forma incluem “relatos das visitas técnicas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento”. Uma pesquisa qualitativa tem por efeito fazer com que o pesquisador analise os dados com total riqueza de detalhes, respeitando, no entanto, a forma de registro e de transcrição (TRIVIÑOS, 1987).

A escolha do método qualitativo se prende ao fato de não reduzir as experiências dos profissionais de saúde de Nova Alvorada do Sul, apenas a números e outras quantificações.

### **1.2.2 Método de abordagem**

Os métodos de abordagem possuem um formato mais geral utilizando o raciocínio como procedimento para desenvolver a pesquisa. São, portanto, “[...] procedimentos gerais, que norteiam o desenvolvimento das etapas fundamentais de uma pesquisa científica” (ANDRADE, 2001, p. 130-131). Assim, buscou-se, nas entrevistas, nos relatórios da consultoria, nas imagens das oficinas realizadas o sentimento, resultados e as aspirações dos profissionais, para chegar a análise de que o processo de Humanização e Educação Permanente em Saúde, construído por esses profissionais teve uma concretude.



### **1.2.3 Procedimentos metodológicos**

#### **1.2.3.1 Revisão bibliográfica de natureza teórica**

Leitura e interpretação de obras que tratam das categorias conceituais para servir de orientação metodológica e na interpretação dos dados coletados.

#### **1.2.3.2 Coleta de dados**

##### **a) Fontes secundárias**

Levantamento bibliográfico e documental, incluindo a análise de dados e projetos existentes em Nova Alvorada do Sul/MS, relacionados ao tema-base e sobre as condições dadas pelo contexto territorial do município.

##### **b) Fontes primárias**

Análise objetiva por meio da observação direta - da prática metodológica da Educação Permanente utilizada nas unidades de saúde

Aplicação de questionários- diferenciados e direcionados equipes de sujeitos, oriundos de categorias técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e de gestores hospitalares daquele município.

#### **1.2.3.3 Organização, análise e interpretação dos dados coletados**

Para a análise de fontes bibliográficas, orais, fotográficas e documentais foi utilizada a obra Fontes Históricas, organizada por Carla Bassanezi Pinski, por fazer uma abordagem dos mais variados instrumentos de pesquisa. Portanto, o primeiro momento desta dissertação foi a pesquisa e organização de fontes bibliográficas que denota a preocupação em consultar o trabalho daqueles que escreveram sobre o mesmo tema, além de permitir identificar as ideias e informações da autoria de quem escreve e aquelas que são retiradas ou inspiradas em outras fontes.

O segundo passo desta pesquisa é a identificação de fontes documentais e análise das mesmas, pois estas carregam intenção de quem as produziu, incluindo a análise de dados e projetos existentes em Nova Alvorada do Sul/MS, relacionados ao tema-base. É preciso entendê-las levando em consideração também o período em que foram escritas. Para Bacellar (2005, p. 64), as fontes documentais somente serão entendidas com “[...] o olhar crítico e a correta contextualização do documento que se tem em mãos”.

Também foi utilizada como fonte de pesquisa a obra “Fotografia e história”, de Boris Kossoy, que reconhece a fotografia como “[...], uma possibilidade de resgate da memória visual do homem e do seu entorno sociocultural” (KOSSOY, 2001, p. 55), reconhecendo a relevância em valorizar a construção do processo de educação permanente desenvolvidos pelos trabalhadores, em saúde de Nova Alvorada do Sul.

Por ultimo, embora organizado simultaneamente com os outros métodos de pesquisa foram feitas entrevistas com trabalhadores da Secretaria de Saúde do município de Nova Alvorada do Sul, oriundos de categorias técnicas e de gestores, daquele município. A pesquisa se processou após consentimento livre e esclarecido dos trabalhadores que aceitaram participar desse momento. Nesse sentido buscou-se aquela considerada a mais “recente metodologia interdisciplinar”: as fontes orais. Segundo Alberti (2005, p. 165) “[...] uma das principais riquezas da História Oral está em permitir o estudo das formas como as pessoas efetuaram e elaboraram experiências, [...]” (2005, p. 165), ou seja, a fonte oral está relacionada ao cotidiano, modos de vida de diferentes grupos sociais descortinando suas experiências.

Foram feitas 11 entrevistas entre Agentes Comunitários de Saúde - ACS, Fisioterapeutas, Auxiliares de Serviços Gerais, Enfermeiros, Nutricionistas, Coordenadores de Serviços de Saúde, dentre outros trabalhadores. As entrevistas foram organizadas a partir de questionário estruturado, e gravada em MP3. As entrevistas permitem romper o silêncio, ou ao menos valorizar aqueles que cotidianamente produzem saúde para si e para outros, além de “[...] devolver a palavra aos que não têm outros espaços e o poder de dizer é constitutivo de novas imagens. [...]” (SOUZA, 1995, p. 154).

# **1 O PROCESSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E EM MATO GROSSO DO SUL**

Neste item será abordado, sucintamente, o processo de construção das políticas de saúde no Brasil e no Mato Grosso do Sul. Apresenta importantes estudos da história da saúde, desde o período colonial, à ação e articulação do Movimento Sanitarista e o papel dos profissionais da medicina nas políticas públicas de saúde, até a inauguração do Sistema Único de Saúde-SUS e, a partir dele toda a organização da saúde pública e educação permanente no Brasil e no estado de Mato Grosso do Sul.

## **2.1 HISTÓRIA DA POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1.1 Origens coloniais do atendimento à saúde**

Por ocasião “dos descobrimentos” do Brasil, a colonização portuguesa trazia experiências de áreas habitadas por povos com certa vivência na área econômica, capazes de oferecer gêneros para os mercados da Europa. No Brasil, diante de um vasto território e com uma população com fraca experiência em técnicas de exploração e produção, os portugueses limitaram-se a uma exploração grosseira dos recursos naturais, dando origem às primeiras feitorias e a alguns grupamentos de brancos, com rudimentos de agricultura, fazendo uso da escravização de indígenas e negros, num sistema feudal e mercantil.

Essas teriam sido, segundo alguns autores, as primeiras condições que concorreram para explicar certo “desleixo” e falta de planejamento mais rigoroso, que incluísse o saneamento, ou qualquer outra ação que priorizasse o cuidado com a saúde da população daquele período na criação dos primeiros núcleos urbanos. Buarque de Holanda (1998, p. 110) comenta essas condições históricas, em *Raízes do Brasil*,

A cidade que os portugueses construíram na América não é um produto mental, não chega a contradizer o quadro da natureza e sua silhueta e enlaça

na linha da paisagem. Nenhum rigor, nenhum método, nenhuma providencia, sempre este significativo abandono, que define a palavra “desleixo”.

Praticamente todas as cidades ou vilas fundadas antes de 1580 foram assentadas sobre colinas que facilitassem sua defesa pela altura e o controle das vias de acesso, principalmente as marítimas e fluviais. Variavam as alturas das colinas, mas os sítios eram praticamente iguais, revelando um cuidado maior para que as cidades não sofressem ataques estrangeiros.

O espaço colonizado do Brasil foi delimitado e definido como território de Portugal por meio de apropriação portuguesa de suas terras, de modo que ainda carrega as marcas dessa forma de apropriação. O conceito de apropriação territorial é definido por Raffestin (1993, p. 54) como um processo realizado “por e a partir de relações de poder”. Segundo ele, ao se apropriar dos espaços, o ator social o “territorializa”. Essa territorialização depende, portanto, do modo como o poder se estabelece sobre esse território, com base na natureza das relações estabelecidas para sua apropriação (RAFFESTIN, 1993, p. 143). São exatamente estas relações e a forma de poder delas emergente que passam definir as várias formas de representação e prática social adotadas na dinâmica do território.

Entende-se aí porque as relações sociais adotadas durante o período colonial marcaram definitivamente a formação da sociedade brasileira. O retorno a essas origens históricas da apropriação colonial do território brasileiro permitem compreender as principais variáveis que concorreram para a ausência por longo tempo de uma política pública de saneamento voltada às classes populares, vacância que foi ocupada especialmente por práticas filantrópicas.

No período colonial, a rede de relações sociais feudais na apropriação das atuais terras brasileiras foi alicerçada por meio de compromissos mútuos, estabelecidos inicialmente entre os novos colonizadores e os Senhores de terras, assim como desses com o monarca da metrópole portuguesa, sobre o qual ainda pairava as relações de compromisso com a Igreja Católica. Essas ações, por sua natureza, eram regidas pelos interesses privados das famílias abastadas e pela Igreja, ambas protegidas pelo governo e pelas regulações estabelecidas pelo monarca (POLIGNANO, 2011).

Até a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro (1808), um número muito reduzido de médicos atendia somente às camadas mais abastadas da população. Em função dessa rara presença do médico, coube aos boticários (farmacêuticos), homens práticos e sem

aprendizado acadêmico que manipulavam as fórmulas prescritas pelos médicos. Esses passaram, com a experiência, a tomar iniciativa de indicar os remédios à população necessitada, prática ainda existente nos dias atuais. De todo modo, as classes populares de abandonados, marginalizados e de excluídos do convívio social ficavam principalmente à mercê das chamadas Santas Casas de Misericórdia. A primeira delas já foi fundada em 1543 na Vila de Santos, numa reprodução de um modelo criado em Portugal. As ações dessas instituições nesse período eram, sobretudo, de natureza caritativa (POLIGNANO, 2011).

### **2.1.2 Chegada da Família Real Portuguesa e as ações de políticas públicas de saúde voltadas à insalubridade dos Portos**

As primeiras políticas públicas governamentais de atendimento sanitário ocorreram após a abertura dos portos, com a chegada da família real portuguesa, em 1808. Conforme salienta Paim (2003), a política focava especialmente a insalubridades dos principais portos de comercialização do país.

Ainda em 1808, além da criação do Colégio Médico Cirúrgico (no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador) e da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (anexa ao real Hospital Militar), surgiram os primeiros Núcleos de Saúde Pública (POLIGNANO, 2011).

Os núcleos ficaram encarregados especialmente de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, boticários, parteiras, sangradores, dentre outros). Como a abertura dos portos ao comércio internacional passasse a significar exposição das populações (inclusive as mais abastadas) às epidemias veiculadas pelos navios, os Núcleos de Saúde também passaram a atuar também na fiscalização dos navios, especialmente junto dos portos.

Nesse mesmo século XVIII, uma das grandes preocupações das autoridades administrativas passou a ser o abandono de crianças, especialmente de recém-nascidos nas portas das igrejas, conventos e residências, ou mesmo nas ruas. Em sua grande maioria, essas crianças eram fruto de relações consideradas ilícitas pela sociedade, vindas de relações sexuais fora do casamento. Surgiram para abrigá-las as chamadas Rodas dos Expostos, de modo geral, mantida pelas Santas Casas de Misericórdia.

### **2.1.3 Brasil Imperial: profissionalização médica e o início da medicalização na assistência à saúde**

Nesse período, teve destaque a pesquisa científica sobre saúde social, iniciada pela geração de médicos formados nas duas academias de medicina - Rio de Janeiro e Salvador- que repercutiu na sua afirmação profissional e prestígio social no contexto das relações sociais brasileiras.

O Brasil se deparou com a manifestação de epidemias de cólera e febre amarela nos portos do Rio de Janeiro e na Bahia, fato que levou os novos médicos a deixarem de se preocupar apenas com epidemias vindas de fora, para pensar a pesquisar as próprias condições brasileiras na geração dessas doenças. Foi um momento propício para a emergência da adesão médica à chamada “higienização”, uma concepção ambientalista da medicina que partia da correlação entre doença, ambiente e sociedade (LÉCURY, 1986). Predominou nesse período o esforço médico de procurar impor sua autoridade no controle de assuntos relativos ao exercício profissional e à organização da saúde pública.

Contribuiu para o início da institucionalização da “higienização” no país, a criação pelo imperador Dom Pedro I, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em 1835 na Academia Imperial de Medicina. O intuito era oferecer as condições adequadas de estudos e pesquisas médicas na incorporação das tecnologias e modelos institucionais de higienização já utilizados na França, visando a proteção da saúde da população (POLIGNANO, 2011). Foram iniciadas várias pesquisas, buscando-se entender os ambientes de contágio de doenças num estilo de medicina dedicada à tarefa de higienização da sociedade. A obra “O clima e as doenças no Brasil” foi uma das mais importantes a sintetizar o pensamento higienista brasileiro da época.

Nesse período, as Santas Casas de Misericórdia, por seu turno, avançaram da caridade para a prática da filantropia, ou seja, passaram a incluir na prática caritativa a preocupação com o destino dos indivíduos marginalizados, excluídos, de modo a torná-los sujeitos úteis à sociedade (POLIGNANO, 2011).

No entanto, de acordo com a prática político-ideológica adotada pela monarquia absolutista, que ficou conhecida como modernização conservadora (AZEVEDO, 1982), ainda que esse período imperial fosse sensível aos movimentos ligados à base social aos interesses externos, ainda manteve as marcas do velho modelo do poder com as decisões estabelecidas a partir do alto.

O termo modernização conservadora foi cunhado primeiramente por Moore Junior (1975) para analisar as revoluções burguesas que aconteceram na Alemanha e no Japão na passagem das economias pré-industriais para as economias capitalistas e industriais. Neste sentido, o eixo central do processo desencadeado pela modernização conservadora é entender como o pacto político tecido entre as elites dominantes condicionou o desenvolvimento capitalista nestes países, conduzindo-os para regimes políticos autocráticos e totalitários (PIRES; RAMOS, 2009, p. 412).

Nesse contexto de relações sociais, os problemas de saúde detectados pela pesquisa médica que ameaçavam seriamente a economia e ordem social, ainda que encontrassem estruturas mais modernas para pesquisa e prestígio médico, tiveram as camadas sociais populares excluídas das decisões políticas na solução dos problemas de saúde. Mas o período contribuiu, sobretudo, para o fortalecimento de uma elite médica na estrutura social do país (CORADINI, 2005).

#### **2.1.4 República Velha: movimento sanitarista e o papel dos profissionais da medicina nas políticas públicas de saúde**

Esse período iniciado em 1889 foi marcado pelo ciclo do café na dinamização do mercado interno, com a presença do trabalho assalariado. O Brasil vivia a fase de ‘ouro’ do café, emergindo uma oligarquia cafeeira paulista que dividia a cena política com outras oligarquias agrárias. Nessas novas relações sociais de poder estabelecidas no território nacional, foram as elites agrárias que passaram a assumir o controle do desenvolvimento social na reestruturação da formação da sociedade capitalista brasileira, quando se deu forte entrada de processos migratórios no país.

O período foi caracterizado pela eclosão de várias epidemias, entre elas a febre amarela, peste bubônica, gripe espanhola, especialmente na cidade do Rio de Janeiro. A gripe espanhola que se manifestou em 1918 atingiu principalmente o centro político-administrativo do País, sem distinção de classe social - por isso apelidada de “gripe democrática”. Os estudiosos passaram a fortalecer a relação da pobreza e miséria como sendo as grandes causas das doenças. Dessas novas condições, emergira o grande crescimento do operariado nas cidades, que acabou favorecendo o movimento das atividades sindicais, que culminou na criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918 (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O movimento pró-saneamento acabou por colocar à vista as precárias condições de saúde das populações, que significou um forte contributo para a mudança nos modelos de política sanitária. Tratou-se de um momento, em que os sujeitos começaram a moldar a sociedade por meio das lutas sociais, tendo a saúde como principal centro desses conflitos.

Segundo minha análise, é o conflito central de nossa sociedade que leva um sujeito em luta, de um lado, contra o triunfo do mercado e das técnicas e, de outro, contra os poderes comunitários autoritários. Acho que este conflito cultural é tão central hoje como foi o conflito econômico da sociedade industrial e o conflito político que dominou os primeiros séculos de nossa modernidade (TOURAINÉ, 2003, p. 112).

Dentre os ganhos decorrentes das lutas sanitaristas do operariado urbano esteve a criação dos Serviços de Medicamentos Oficiais e do Departamento Nacional de Saúde Pública (BERTOLOZZI; GREGO, 1996). Este último ficara sob a responsabilidade do médico Oswaldo Cruz, na erradicação da epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro. Passou a ser incorporado como elementos dessa prática da política de saúde o registro demográfico, os laboratórios de diagnóstico etiológico, a fabricação de produtos profiláticos para uso em massa e as campanhas sanitárias para combater epidemias. Nesse novo contexto, a medicina passou a servir de guia nas políticas públicas de governo para a melhoria da saúde coletiva e individual.

Mas a conquista mais importante dos movimentos sindicais, o seguro social, ocorreu quase no final da República Velha, ou seja, em 1923, garantida pela Lei Eloi Chaves. Por meio dessa lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), custeadas, mantidas e geridas pelos empregados (3% dos respectivos vencimentos) e empresas (1% da renda bruta). Além da previdência se oferecia assistência médica e medicamentos. Esse sistema atendeu especialmente, os ferroviários, marítimos e estivadores e nela cada categoria fazia sua própria regra (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

### **2.1.5 Estado Novo Populista: institucionalização da política pública com sistema previdenciário e assistência médica**

O país conheceu o processo de industrialização após a crise de 1929, e em 1930 no início da chamada Era Vargas, inaugurou-se o momento caracterizado pela



institucionalização das políticas públicas com a criação em 1930 do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde<sup>3</sup>, o sistema previdenciário e a assistência médica.

O Ministério da Saúde voltou-se mais a novas técnicas de acompanhamento das enfermidades rurais, enquanto se colocou em prática uma política de expansão da cobertura médico-hospitalar no atendimento às grandes aglomerações de trabalhadores nas cidades (BERTOLOZZI; GREGO, 1996). Mesmo assim, o acesso à saúde continuou restrito a uma parcela da população, que era o trabalhador formalmente assalariado.

No sistema previdenciário, a inovação ocorreu em 1933, quando as Caixas de Aposentadorias e Pensões se transformaram em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) em 1933, congregando os trabalhadores por categorias profissionais (PAULUS; CORDONI, 2006). Em função do modelo sindicalista de Vargas, esses institutos passaram a ser dirigidos por entidades sindicais e passaram a privilegiar o sistema previdenciário. Após o golpe de 1937, esses sistemas previdenciários, tornaram-se o principal eixo de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos.

Na assistência médica, a principal inovação ocorreu em 1949, com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), uma primeira iniciativa de atendimento domiciliar de natureza pública, fruto do financiamento consorciado entre todos os IAPs (BERTOLLI FILHO, 2004).

A centralização política no Estado Novo fortaleceu, no entanto, a dicotomia entre as ações de saúde pública e assistência médica, que ainda marca o modelo das políticas públicas atuais, no entanto, sem chegar a atingir todos os segmentos da população brasileira.

Por outro lado, os órgãos de previdência tinham ficado fragmentados em suas categorias profissionais, cada uma com regras próprias. Para tentar corrigir essa distorção, em 1960, surgiu a Lei Orgânica da Previdência Social que uniformizou as regras, mas manteve a organização institucional segmentada. Mesmo assim, essa lei contribuiu para de viabilizar a futura unificação da previdência social, no período seguinte.

---

<sup>3</sup> Em 1937 passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde e em 1953, Ministério da Saúde.

### **2.1.6 Governos militares: unificação do Sistema Previdenciário e capitalização da medicina**

Por pressão do movimento sanitário, os governos militares promoveram a unificação de todos os órgãos previdenciários (IAPs) com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, que ficou subordinado ao Ministério do Trabalho.

O INPS deveria tratar de forma individual dos doentes, enquanto o Ministério da Saúde o faria de forma coletiva, na elaboração e execução de programas sanitários e na assistência à população durante as epidemias (BERTOLLI FILHO, 2004).

Nesse sistema previdenciário unificado, o Estado retirou a participação das empresas e empregados e passou a ser único responsável por seu controle e gestão (assistência médica, aposentadoria e pensões) embora os serviços continuassem a ser oferecidos mediante desconto mensal do salário do trabalhador. Continuava excluído desse grande sistema integrado o trabalhador que não contasse com carteira assinada, uma vez que não era contribuinte da previdência.

Diante de uma demanda superior à oferta organizada de serviços públicos, o governo passou a integrar ao sistema de assistência médica a rede privada desses serviços. Segundo Bertolli Filho (2004) nem o Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) de 1975, conseguiu alterar a situação de abandono em que se encontrava a saúde pública, diante do aumento de enfermidades como a dengue, meningite e a malária.

Frente ao impasse, em 1978 o sistema foi transformado em Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com uma estrutura que pudesse fazer o repasse de recursos financeiros à iniciativa privada. Foi sendo estabelecida, dessa maneira, uma grande estrutura do complexo previdenciário gerenciado pelo Estado, vinculada aos interesses do capital privado nacional e estrangeiro.

O “complexo previdenciário” passou a ser composto por três sistemas de serviços: (1) os serviços da esfera governamental (rede de hospitais e unidades de saúde de propriedade da previdência social, profissionais assalariados pelo Estado), os serviços contratados credenciados (sistema de pagamento por unidades de serviço) e os serviços contratados conveniados (sistema de pré-pagamento).

Por meio desse modelo, o governo brasileiro passou a privilegiar o atendimento individual no lugar do coletivo e a promover a capitalização da medicina, privilegiando o

setor privado por meio das compras dos serviços médicos e de empréstimos a hospitais particulares. Nesse sentido, também passou a fortalecer uma prática médica tecnicista e curativista, que prioriza o uso de equipamentos e métodos caros pagos pelo Estado com o dinheiro do contribuinte.

O sistema na década de 80 já mostrava sinais de esgotamento com a má gerência dos recursos e organização da oferta dos serviços, evidenciado entre outros, por enormes e intermináveis filas que passaram a gerar insatisfação dos usuários desses serviços. Além disso, a crise financeira levou ao descredenciamento da rede hospitalar privada pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS, gerando também uma crise na assistência médica.

### **2.1.7 Movimento sanitarista dos anos 80**

Com a abertura política dos anos 80, os movimentos dos intelectuais e trabalhadores pela melhoria do modelo de oferta dos serviços se reestruturaram, ficando conhecido como Movimento Sanitário, com atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro.

Nesse aspecto é preciso lembrar, que não só o Brasil como o mundo vivia um novo contexto econômico e de conectividade, esta favorecida pelas tecnologias de informação, com base nas quais vários movimentos sociais e culturais puderam se fortalecer.

Castells (1999; 2002; 2003 *apud* PICOLLOTO, 2007, p. 164), tem como referencia o marxismo e elabora o pensamento a partir de “três processos independentes que começam a se gestar no final dos anos 60 e princípio dos 70” São eles: a) a revolução das tecnologias da informação; b) a crise econômica tanto do capitalismo quanto do estatismo e a subsequente reestruturação destes; e c) o florescimento de movimentos sociais e culturais - feminismo, ambientalismo, defesa dos direitos humanos, das liberdades sexuais, dentre outros.

Ainda sobre os movimentos sociais, muitas dissertações, que pesquisaram alguns Movimentos Sociais, se debruçam nas observações de Maria da Glória Gohn e Eder Sader. Esses movimentos pressupõem “[...] ações sócio-políticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais” (GOHN, 2000, p. 251). Gohn acredita que as ações desses movimentos são capazes de criar uma identidade coletiva a partir

dos interesses que lhes são comuns, através da solidariedade, tendo como base referencial os valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo em “[...] espaços coletivos não-institucionalizados [...]” (GOHN, 2000, p. 251) possibilitando visibilizar suas ações. Sader, mais específico, acredita que as pessoas se organizam através das mais diversas situações, não necessariamente da solidariedade, embora esta esteja presente porque há objetivos em comum (SANTOS, 2009, p. 35 *apud* SADER, 1988).

Com relação à saúde no Brasil, já entre os anos de 1978 e 1979, eclodiram no País vários movimentos populares e de sanitaristas, reivindicando uma melhoria no atendimento a saúde, principalmente no que se referia ao acesso universal.

Em suas origens, o Movimento Social pela Saúde-MOPS localizava-se principalmente nos Estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunha-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações carentes agrupadas em torno das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas (GERSCHMAN, 1995, p. 71).

Ao detalhar e aprofundar as bandeiras de reivindicações pela saúde, os movimentos sociais foram se ampliando, adquirindo contornos mais orgânicos e mais elaborados na produção de um pensamento mais crítico sobre a política de saúde, inclusive nas instituições acadêmicas.

Em 1985, os movimentos sociais se intensificaram na busca de novos rumos a serem tomados pelo modelo vigente do sistema de saúde, especialmente tendo em vista a eleição da Assembleia Nacional Constituinte, a qual se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira. Nesse sentido, o processo de reforma sanitária, desencadeado no Movimento Sanitário, impulsionava à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional da Saúde, evento que propôs o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado, inspirados, em grande parte no modelo de reforma sanitária italiana.

Como expressão institucional da Reforma Sanitária, o SUS, entre outras referências, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano - denominado *Riforma Sanitaria* do qual se originou a Lei nº 833 de 1978

sobre a *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (BAHIA; SALM; MALTA, 2012, s/p).

O movimento questionava em seu conjunto a relação de poder estabelecida na territorialidade dos serviços de saúde no país, extremamente centralizada nas mãos do Estado e propunha sua descentralização com participação social. A “relação de poder”, num mundo conectado como o de hoje, segundo Foucault (1979), não se dá mais apenas pelas funções do Estado ou pelas organizações sociais, mas principalmente por meio das “redes descentralizadas de poder” originárias da forma hierarquizada de organização dessas estruturas. Nas relações estabelecidas para oferta de tais serviços, o controle social de instituições, como igrejas, escolas, hospitais, famílias forjam modelos de comportamentos humanos, a partir do “discurso estruturado” produtoras de dominação, mas também de resistências (CAMPOS, 2003).

O Movimento Sanitarista culminou com aprovação de um capítulo na Constituição Federal de 1988 a respeito dos princípios do modelo do sistema único de saúde (ESCOREL, 1998).

## 2.2 IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/SUS

A assistência à saúde no Brasil, anterior à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), como se pôde verificar anteriormente, estava totalmente vinculada às ações previdenciárias que atendiam apenas os trabalhadores formais e sindicalizados.

Após a aprovação da Constituição de 1988, as prioridades sobre o tema saúde e sua inserção em um sistema universal, que até então era prioridade, foram colocados em segundo plano, a partir denominada “reforma da reforma da Previdência Social”. Esta evidenciou antigas propostas, com roupagens renovadas, de capitalização da previdência, alterações que atrasaram o processo de mudanças fundamentais no sistema de saúde.

Também ao ser eleito, Fernando Collor de Mello não hesitou em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária. O veto demonstrou uma posição contrária ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura militar e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Esse veto à lei da saúde relançou o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição.

As decisões do então presidente, Fernando Collor, aconteciam de acordo com as necessidades de alianças externas para garantir a sua governabilidade (BRASIL, 2006).

A 9ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada na agonia do governo Collor, teve como tema principal “A municipalização é o caminho”. Essa conferência, com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros veio aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, de 1986, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS (BRASIL, 2006).

As diretrizes da política sobre a participação social no SUS foram definidas sob a sombra da incerteza se os preceitos constitucionais seriam realmente efetivados. A participação da comunidade foi reafirmada como um dos princípios e diretrizes dos SUS a partir da Lei 8.142/90, criando as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas.

Art. 1º - O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde, e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º - A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

Conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, além das deliberações das Conferências, a saúde é considerada na sua complexidade como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, e hierarquização.

### **2.2.1 Estrutura do Sistema Único de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal.

A expressão ‘Sistema Único de Saúde (SUS)’ alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis

com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições - serviços e ações - responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde. Os termos que compõem a expressão ‘SUS’, espelham positivamente críticas à organização pretérita da assistência médico-hospitalar brasileira (LIGIA BAHIA, s/d).

A saúde passa, então, a ser abordada em seus aspectos sistêmicos e territoriais. Desse modo, as políticas se integram nos três níveis ou instâncias de governo (federal, estadual e municipal), e na horizontalidade de cada escala. Cada órgão gestor, principalmente municipal, organiza o “seu território” onde se pretende garantir o acesso primário aos serviços de saúde, executado pela Estratégia de Saúde da Família-ESF, a partir da Atenção Básica envolvendo equipes de profissionais no atendimento às pessoas vinculadas a determinado território, previamente definido.

Também se observa que no nível local, do território vivido, há uma integração dos serviços, através de estabelecimentos de saúde, organizações de apoio e comunidade, conselhos gestores, dentre outros, e no seu interior as equipes multidisciplinares que desenvolvem os serviços que só podem ser apreciados e alterados no território da vida dos pacientes ou usuários do Sistema.

### **2.2.2 Princípios básicos do Sistema Único de Saúde**

A Nova Carta redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social.

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 (BRASIL, CF, art. 196, 1988).

Assim, a saúde brasileira passa a ser vista a partir de nova leitura: a visão sistêmica, que compreende o todo, onde se analisam as partes e as relações existentes entre elas para que, através de um sistema global, este seja provedor de resultados, ou seja, contextualizar as partes para entender o funcionamento do todo.

O Sistema Único de Saúde, como proposta sistêmica e territorial de política pública de saúde, no Brasil tem como princípios básicos a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização.

A Universalidade implica o dever do Estado em garantir o acesso e o atendimento, sem distinção ou restrição. A Equidade compreende a igualdade da atenção a saúde, ou seja, o Estado deve alocar recursos de forma justa de acordo com a necessidade de cada cidadão ou cidadã. A Integralidade das ações garante o acesso a todos os níveis de complexidades do Sistema Único de Saúde e que também pressupõe uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, enxergando o paciente como sujeito integral. Por fim, a Descentralização, que define atribuições e responsabilidades da gestão da saúde pública, para as três esferas de governo. Cada escala tem um papel definido, mas a escala local é a fundamental, pois é o município que executa os serviços do Programa da Atenção Básica ou primária (Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família e Agentes Comunitários).

Este programa que compõe o SUS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Posterior a essa formação no modelo de saúde pública, a gestão da saúde brasileira tem buscado inovar e estabelecer novos métodos com o intuito de responder aos desafios que os serviços de saúde apresentam aos seus quadros dirigentes. Este é um desafio que proporciona ou assegura uma gestão de qualidade, ou seja, a educação permanente em saúde amplia o fazer participativo e o fazer democrático que reflete diretamente na qualidade do atendimento ao cidadão (PIERANTONI, 2003).

As alternativas adotadas apontavam para a flexibilização e incorporação de métodos e técnicas de gestão mais condizentes com a natureza complexa das organizações de saúde. Buscando um caminho para a modernização gerencial, pautado na perspectiva mais dialógica em torno da construção de um projeto de formação e qualificação da assistência, a ênfase na gestão colegiada, onde a equipe de gestão é pensada de forma planejada, construindo novas responsabilidades e compromissos de profissionais qualificados e éticos (BRASIL, 2006).



O Sistema Único de Saúde, a partir da Constituição de 1988 é o resultado do reconhecimento da saúde como “direito publico subjetivo de eficácia plena e imediata” (BAHIA, s/d) adquirindo o caráter coletivo. Está estatuído como bem de relevância pública e compete ao Estado a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde, franqueando à iniciativa privada a participação nas atividades e serviços, além do funcionamento das instancias colegiadas do Sistema: o controle social.

### 2.3 A POLITICA ATUAL DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde é originário das lutas e reivindicações, na defesa de uma saúde pública e de qualidade, dos movimentos sociais, dos trabalhadores em saúde, de gestores, das academias, dentre outros, inserindo na Constituição Federal um capítulo para a saúde criando um sistema universal e caracterizado pela participação da sociedade.

As políticas públicas de saúde no Brasil são construções de dimensões econômicas, políticas, culturais, sociais advindas das lutas dos mais diferentes grupos, com os mais variados interesses, necessidades e alternativas para a efetivação e desenvolvimento da saúde e da sociedade.

Em cada momento histórico de cada sociedade, forças sociais se aliam ou se enfrentam na defesa de interesses, definindo as possibilidades de transformação de uma determinada realidade e o grau que essas transformações podem atingir. A dinâmica que dá vida a esse processo é a disputa pela hegemonia, o confronto entre modos de conceber a realidade e agir sobre ela. São os projetos de hegemonia que conferem expressão e significado a uma força social (RUMMERT, 2000, s/p).

Portanto, são as pessoas que, ao fazerem parte da vida política e social, dão vida ao Estado. Esse Estado, conforme Sergio Arouca (*apud* MOTTA *et al.*, p. 29) - na 8ª Conferencia de Saúde, 1986 - compreende território, povo e um governo que represente os interesses de seu povo.

Conforme Jorge Solla (*apud* MOTTA *et al.*, 2010, p. 64), os avanços na efetivação do SUS nos estados e municípios são indiscutíveis, haja vista a reorganização da oferta e o redimensionamento da rede de serviços; a ampliação do acesso às populações aos serviços e ações de saúde; o aumento da capacidade pública de atendimento; o aumento da

capacidade de gestão e regulação; a efetivação da participação dos conselhos municipais, dentre outros. Entretanto, o mesmo autor observa que,

A despeito dos marcantes avanços, a política hegemônica conservadora aponta em direção oposta contribuindo para a fragilidade da política de saúde como política de Estado, com papel muito forte do ideário político na condução dos seus rumos (SOLLA, 2006 *apud* MOTTA *et al.*, 2010, p. 64).

Solla (*apud* MOTTA *et al.*, 2010, p. 64) evidencia uma preocupação, em virtude das diferenças regionais/locais, que aponta para uma deficiência de atuação do SUS onde Municípios e Estados não asseguram o pleno funcionamento do Sistema. É relevante observar que a disputa pela hegemonia entre grupos de interesses transforma a saúde pública em uma política fracassada, através de manifestações ideológicas incutidas no imaginário coletivo onde os serviços de saúde, para serem eficientes, devem pautar-se em modelos técnico-assistenciais privados, totalmente contrários a um sistema universal, descentralizado e onde a população participe, efetivamente, no desempenho do Sistema e na sua fiscalização.

Como exemplo temos a proposta inicial do Programa de Saúde da Família (PSF), implementada de modo contraditório pelos governos neoliberais dos anos 90. Embora fosse, nas origens, uma política de focalização apresentada por organismos internacionais e pelo Governo Federal, foram os governos municipais, do campo da chamada esquerda brasileira, os maiores responsáveis pela concretização do PSF (MOTTA *et al.*, 2010, p. 64).

Nessa perspectiva, e segundo os organizadores do trabalho intitulado Políticas Públicas de Saúde e processo de trabalho em Saúde da Família (MOTTA, 2010), a proposta inicial do PSF, apesar de propor a ampliação do acesso e cobertura da população, era considerada “simplista” e “desarticulada do restante da rede de saúde”. Novamente os movimentos sociais atuam, nos municípios, para “construir uma atenção básica mais universal, acessível, complexa, resolutiva e integrada ao conjunto da rede progressiva de cuidados integrais de saúde” (MOTTA, 2010).

Baseada no modelo de Produção Social da Saúde - função permanente do Estado e ainda a necessidade de organização de um sistema que atendesse igualitariamente, de forma universal e financiada pelos fundos públicos - a Carta Magna estabeleceu princípios doutrinários para o SUS. Assim, a Universalidade, a Equidade, a Integralidade e, a Participação Popular e Controle Social, foram pensados a partir da concepção de que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado incluindo ações de promoção, proteção e recuperação, em todos os níveis e acessível a toda população do território brasileiro.

A saúde brasileira constante na Carta Magna para alguns estudiosos, mesmo que ela esteja, explicitamente, apontando para a unificação e universalização de um sistema sob a tutela do Estado, não reflete a verdade, haja vista o modelo de organização de cooperativas médicas, na vigência do SUS, conforme aponta os médicos e professores da Universidade Federal do Amazonas em seguida:

Em reação ao crescente poderio das medicinas de grupo, os médicos reagiram e constituíram um sistema cooperativo de trabalho - as Unimed - por meio do qual buscavam controlar a venda do trabalho médico às empresas interessadas em prestar assistência suplementar aos seus funcionários. Com esse mercado em franca expansão, outros agentes econômicos diretamente ligados à área financeira passaram a se interessar pelo negócio de *venda de planos de saúde* e criaram os seus produtos: planos de saúde *stricto sensu* seguro de saúde, numa analogia com as HMO e PPO americanas. Tudo isso na vigência do SUS. Hoje, cerca de 42 milhões de cidadãos buscam na medicina suplementar uma assistência para a sua saúde. Esse é um dos grandes paradoxos do sistema de saúde brasileiro (ANDRADE; ANDRADE, 2010, p. 67-68).

Portanto, a perspectiva de inclusão social, proposta pelo princípio da universalidade no Sistema de Saúde não acontece na prática, pois exclui a classe trabalhadora e forja, para a população, o desejo em adquirir planos de saúde. Ao conseguir um emprego, o trabalhador, muito mais que o salário, valoriza a oferta de proteção a sua saúde embutido na proposta da empresa (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

### **2.3.1 A universalidade e a equidade**

No momento da atuação do Movimento Sanitarista a principal luta a ser travada era combater a exclusão, da maioria dos brasileiros, do acesso às ações e serviços de saúde, além da desigualdade social que permitia a redução do tempo de vida da população, principalmente de Estados historicamente mais pobres, como o Nordeste brasileiro. Essa reivindicação dos movimentos pela saúde, muito mais que reivindicar princípios democráticos era a garantia de uma política de saúde que atendesse com igualdade (PAIM; SILVA, 2010).

A Universalidade compreende o acesso aos serviços de saúde, em qualquer local independente da instância pública responsável pelos serviços de saúde. Da concepção de Universalidade é que surge o Sistema, ou o contrário? Partindo do pressuposto que todos, independentes de credo, etnia, orientação sexual e classe social fazem parte de um Sistema

Social, os serviços de saúde seriam oferecidos a todos, indistintamente, forjando também o princípio da Igualdade, etimologicamente próxima de Equidade (PAIM; SILVA, 2010).

A Equidade compreende a diminuição das injustiças sociais provocadas pela questão econômica, cultural, social, política, dentre outras. Assim, “com vistas, sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade” (PAIM; SILVA, 2010, p. 111).

### **2.3.2 A integralidade das ações**

A Reforma Sanitária Brasileira discutiu a integralidade a partir das perspectivas de:

[...] a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial (PAIM; SILVA, 2010, p. 112).

Desse modo, a pessoa humana deve ser compreendida na sua totalidade levando em consideração os aspectos culturais, biológicos, psicológicos, dentre outros. As ações ou assistências integrais de saúde devem valorizar interação entre os sujeitos e estabelecer uma relação de vínculo entre a pessoa cuidada e seus cuidadores. Além dessa relação, os serviços integrados devem estar articulados a programas e projetos intersetorializados e de gestão compartilhada e pactuada.

[...] a exemplo da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do SUS, bem como de iniciativas recentes de ‘sistemas únicos’ de assistência social (SUAS) e de segurança pública (SUSP). O sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade, pois poderia atuar sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e acumulações), assim como sobre as regras básicas (PAIM; SILVA, 2010, p. 113).

Nesse sentido, a Integralidade propõe um novo modelo de gestão proporcionando a participação compartilhada com outros setores públicos, como assistência social, educação, justiça, dentre outros, na tentativa de criar uma rede efetiva de atendimento.

### **2.3.3 A participação da comunidade ou controle social**

A Lei nº 8.142/90 estabelece instrumentos de participação e fiscalização na gestão do Sistema Único de Saúde: Conselhos de Saúde, que devem ser implantados em cada esfera de governo e tem com atuação a formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde; e as Conferências, que devem ser realizadas a cada quatro anos que avaliam o desenrolar das políticas de saúde e propõem diretrizes que fortaleçam ou reorganizam o sistema de saúde. Essas instâncias garantem a participação da população - geralmente excluída dos processos de decisão - além de não atrelá-los ou subordiná-los aos gestores e profissionais do sistema. Ao menos, era esse o sonho dos movimentos sociais pela saúde pública e de qualidade.

A aposta era que a participação popular e o avanço na concepção e no exercício da democracia direta pressionariam o nascente SUS a se dobrar à vontade da maioria da população. Mais do que isso, essa participação guardava um importante potencial pedagógico: por meio dela o cidadão iria ampliando sua compreensão sobre o funcionamento dos serviços, do Governo e do Estado e, conseqüentemente, ampliando também sua intervenção e capacidade de reivindicação (MOTTA, 2010 *et al.*, p. 60).

Isto posto, a participação da comunidade deveria ser a mola propulsora para a sustentabilidade do SUS contrapondo aos interesses políticos contrários à implementação desse Sistema. Entretanto, esses interesses de oposição conseguiram, de certa forma, fragilizar os Movimentos, principalmente na década de 90, retomando a discussão e participação a partir da gradativa municipalização do SUS que, em diversas cidades do Brasil e do Mato Grosso do Sul - a exemplo de Nova Alvorada do Sul e Dourados - proporcionaram uma ampliação significativa da comunidade e retomada de alguns princípios. Portanto é possível, com vontade política, gestão responsável, participação efetiva da população, ter um sistema público de saúde com qualidade e para todos.

É preciso que, para além dos espaços dos Conselhos e Conferências, nos serviços de saúde sejam construídos canais de diálogos, de debates, democratizando ideias e

compromissos no âmbito do atendimento de cada serviço. A atuação em saúde deve compor, articuladamente, todos os princípios e diretrizes do SUS, mas também que acolha, proteja e contribua para a autonomia de cidadãos e cidadãs que utilizam o Sistema.

## 2.4 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

O estado de Mato Grosso do Sul está localizado na porção sul da região Centro Oeste e possui uma população de 2.404.256 habitantes (IBGE, 2010). Destes, 68.860 são índios, colocando o Estado em segundo lugar em número de população indígena, no Brasil.

É vizinho dos grandes centros produtores e consumidores como São Paulo, Minas Gerais e Paraná; faz fronteira com outros países como a Bolívia e o Paraguai e se encontra na rota de mercados da zona ocidental da América do Sul, pois se comunica com a Argentina através da Bacia do Rio da Prata, que dá acesso ao oceano atlântico e pacífico, através dos países andinos.

Sua economia é baseada, predominantemente, na agropecuária e agroindústria. O Estado de Mato Grosso do Sul, segundo dados do IBGE, contém o 4º rebanho de bovinos do país (IBGE, 2012), além de contar com importante rebanho de aves, ovinos e suínos. Detém várias unidades de abate desses animais, tendo a carne como o maior valor de suas exportações.

De acordo com o IBGE, em 2011, Mato Grosso do Sul se destacou como o 4º maior produtor de soja e de algodão, como também o 5º em cana-de-açúcar no país, além de se destacar também na produção de milho.

A agropecuária passou por dificuldades diante de escassez de chuva entre 2004-2006, resultando na redução da produção de grãos e em 2005 o gado bovino foi acometido de febre aftosa. Ao mesmo tempo, a indústria conheceu um período de expansão, principalmente nos segmentos: sucroalcooleiro, papel e celulose e siderurgia. Esse avanço repercutiu na expansão das atividades de cultivo da cana-de-açúcar e da silvicultura. O Estado também apresenta a maior reserva de manganês e a 3ª de ferro no país, ainda fracamente exploradas e vem apresentando evolução no setor do ecoturismo.

De acordo com as informações oferecidas pelo governo do Estado em 2011<sup>4</sup>, a população economicamente ativa representou 56,2% em 2009, sendo que 63,2% estavam no setor terciário, 20,9% no setor secundário e 15,8% na agropecuária.

Ainda na avaliação dos dados do governo, o Estado vem elevando o PIB nos últimos anos, acompanhado de vários indicadores que denotam avanços nas condições de vida geral e na saúde da população. Houve ampliação na expectativa de vida que em 1996 era de 69,64 anos indo para 73,29 anos em 2011, podendo alcançar 74,29 anos em 2016, sendo este considerado melhor indicador a ser alcançado. A mortalidade infantil reduziu em cerca de quatro vezes entre 1950-1994 (39,6 por mil) e continuou caindo, chegando 2009 com uma taxa de 18,01 óbitos de crianças por mil nascidos vivos.

As ações de saneamento básico, ainda de acordo com as informações do governo, foram ampliadas, com maior controle de endemias e a cobertura das vacinações, combatendo a carência da população.

Os indicadores do governo apontam para o aumento da população idosa a uma taxa média de 4,44% ao ano, que demonstra tendência de envelhecimento, oriundos especialmente da redução das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida. O Estado já conta com a maior proporção de idosos na Região Centro-Oeste.

Os dados apontam ainda para uma tendência do aumento do número de mulheres que assumem a chefia da família, tendo atingido 46,1% do total dos domicílios no Censo de 2000.

As pessoas responsáveis pelos domicílios com mais de oito (8) anos de estudo, segundo o governo de Mato Grosso do Sul, em 2000 representaram 33,4% do total, considerado o índice mais elevado do que os estados vizinhos de Goiás e Mato Grosso.

Do total dos responsáveis pelos domicílios vem crescendo o número de pessoas dentro das faixas de rendimentos acima de cinco (5) salários (20,2% em 2000) em relação aos que não atingiam esse patamar. Ao mesmo tempo também aumentou o número desses chefes de família sem rendimento, passando de 3,1% em 1991, para 7,9% no ano de 2000, o que denota empobrecimento de um determinado segmento social.

---

<sup>4</sup> Diagnóstico Socioeconômico Mato Grosso do Sul - 2011, da Secretaria do Estado de Meio Ambiente, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia.

O Relatório do Sistema de Vigilância do Estado em 2011 apontava, no entanto, a dificuldade no controle de algumas doenças como a dengue, DST/AIDs, de hepatite viral e doenças diarreicas, sífilis congênita assim como a leishmaniose visceral entre as zoonoses.

#### **2.4.1 Construção do SUS e o pacto pela saúde**

No Mato Grosso do Sul, semelhante a outros Estados brasileiros a construção efetiva do SUS, os avanços na regulamentação e nas diretrizes do Ministério da Saúde ocorrem de forma articulada, numa via de mão dupla, que por vezes reforçam-se mutuamente.

Em 2007, o Estado assina o Pacto pela Saúde. Teve a adesão de 100% dos 78 municípios que compõe essa unidade federativa. Essa assinatura significou, naquele momento, o compromisso com a qualidade da gestão, ações prioritárias de proteção da vida, mas, sobretudo, reafirmar os princípios e diretrizes do SUS, inaugurando um evento importante: o financiamento triparte da saúde no Estado (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

##### **2.4.1.1 O Plano Estadual de Saúde**

A partir desses avanços na saúde pública brasileira e no Estado, mais um passo foi dado: a elaboração do Plano Estadual de Saúde, com vigência para 2008 até 2011, que apresentou como diretrizes: o Fortalecimento da Atenção Básica; a Integração assistência e vigilância em saúde; a Garantia de acesso à atenção especializada; a Reorganização da atenção hospitalar; a Qualificação da gestão; e o Fortalecimento do controle social (VII Conferência Estadual de Saúde, 2011).

O Estado foi dividido - baseando-se nos princípios de descentralização e regionalização - em três macrorregiões: Campo Grande, Dourados e Três Lagoas. Estas foram estruturadas internamente em onze microrregiões: Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Naviraí, Nova Andradina, Ponta Porã, Paranaíba e Três Lagoas. A Macrorregião de Campo Grande conta atualmente com uma população de 1.434.856 habitantes, de acordo com a estimativa 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a macrorregião mais populosa do estado, onde Nova Alvorada do Sul faz parte.



#### 2.4.1.2 Educação Permanente em Mato Grosso do Sul

Em 2012, o governo do Estado organizou o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, por meio da Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP/MS), da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde “Profª. Ena de Araújo Galvão” (ETSUS), da Coordenadoria Estadual de Educação na Saúde, da Coordenadoria Estadual de Telessaúde e das três Comissões Intergestores Regionais já existentes em Mato Grosso do Sul (MATO GROSSO DO SUL, 2012).

O objetivo da educação permanente tem sido a de buscar garantir o respeito às especificidades regionais e superar as desigualdades regionais. Além disso, pretende-se dar respostas educacionais que contribuam para a formação e o desenvolvimento do trabalho em saúde, bem como seja coerente com os problemas de saúde da população e as necessidades de formação de trabalhadores e gestores em nosso estado.

Assim, com a elaboração do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, o Governo e as entidades que participaram de sua construção propõe uma educação que garanta o respeito às especificidades de cada região, superando as desigualdades regionais, ao mesmo tempo em que contribui para a formação e o desenvolvimento das ações em saúde. A proposta era para que estas fossem coerentes com as demandas da população, forjando uma Rede de Atenção à Saúde garantindo, por consequência, a integralidade da assistência, no Estado.

#### 2.4.1.3 Atenção hospitalar em Mato Grosso do Sul

Dentro dessa política de saúde, organizada para o estado de Mato Grosso do Sul, estava traçado também a atenção hospitalar. Em 2007, também foram assinados todos os termos de contratualização com hospitais públicos e filantrópicos, todos eles 100% atendendo pelo SUS, além da formação de, aproximadamente, 200 gestores hospitalares. Nesse contexto, toma-se como exemplo de Hospital, com serviços de excelência, o Hospital Universitário de Dourados que foi inaugurado em outubro de 2002, administrado pela Fundação Municipal de Saúde e Administração Hospitalar de Dourados, autorizada pela Lei nº 2.592, de 18 de Julho de 2003 e instituída pelo Decreto nº 2.212, de 13 de Outubro de 2003.

A implantação e o funcionamento do Hospital Universitário, a partir do ano 2003, sob a responsabilidade da Prefeitura de Dourados, sempre teve como pressuposto lógico a sua

transferência, inicialmente, à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e, posteriormente, à Universidade Federal da Grande Dourados, após sua criação em 2005 (RANZI, 2009).

Inicialmente, quando foi inaugurado, oferecia à população apenas atendimento médico ambulatorial e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. E com todas as dificuldades, inerentes ao processo de funcionamento, o HU foi se transformando em Hospital de referência para a região da Grande Dourados, com a incumbência de atender, a princípio, 34 municípios, estimando-se uma população referenciada de 800 mil habitantes, aproximadamente (RANZI, 2009).

A partir desse momento, o HU foi transformado em uma das mais importantes instituições de atendimento à saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, sendo o único Hospital de Dourados e um dos poucos deste Estado, credenciado com 100% de atendimento no SUS e com o compromisso de desenvolver ações de ensino e pesquisa, como unidade da Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD (RANZI, 2009).

Mesmo com todos os esforços para alterar o modelo tradicional de atendimento, os problemas, mais corriqueiros a serem superados são as filas, a insensibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio-familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária, as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

Foi exatamente pensando em promover novas atitudes nas práticas de saúde, que o Hospital Universitário, no momento em que abriu suas portas, pensou sua gestão, como um elo da Humanização, a partir da estrutura organizacional construída de forma mais horizontalizada e participativa. Foi uma aposta que permitiu a participação de todos os profissionais no cotidiano da Instituição, possibilitando o exercício das ações e decisões em conjunto, incluindo o controle social, como princípio fundamental para o sucesso do Sistema Único de Saúde (RANZI, 2009).

Paralelamente à implantação da Gestão Participativa e Descentralizada, no HU, vários outros projetos voltados exclusivamente para a humanização do atendimento foram desenvolvidos visando à melhoria das relações humanas, o acolhimento dos usuários e seus familiares, a garantia do repasse das informações de saúde aos usuários, com a clareza e o detalhamento necessários à facilitação do acesso, do diálogo e do respeito à diversidade de

opiniões e solidariedade, deverão estar garantidos através da prática dos profissionais, dos gestores e dos cidadãos no sentido mais amplo (RANZI, 2009).

O Programa de Humanização, do HU, “*Aqui você será bem cuidado*”, foi constituído por um Grupo de Trabalho de Humanização do Hospital, composto por representantes das diversas unidades e categorias profissionais da Unidade Hospitalar e por representantes da sociedade civil, igrejas: católica e evangélica, associações de bairro e Conselho Municipal de Saúde, etc. A iniciativa de convidar a comunidade a participar do Grupo de Humanização é a proposta para fortalecer o SUS, pois cumpre um de seus pressupostos: a participação e o controle social (RANZI, 2009).

Apesar dos avanços e exemplo descritos, observa-se, através de notícias veiculadas na mídia, além de reclamações constantes da população e dos trabalhadores, uma negação de atendimento a saúde pública, ou uma violação dos direitos estabelecidos nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200, da Constituição de 1988. A violação desses direitos, passa pela falta de atendimento coerente com a demanda do usuário do Sistema, a falta de infraestrutura e condições mínimas para os trabalhadores, a superlotação dos estabelecimentos hospitalares, as longas filas de espera para exames de média e alta complexidades, dentre outras situações de maior ou menor impacto na vida das pessoas que dependem do SUS, direta ou indiretamente.

#### 2.4.1.4 Alguns desafios à política estadual de saúde

Na VII Conferência Estadual de Saúde foram apontados alguns desafios que o Mato Grosso do Sul ainda precisa enfrentar:

1. Qualificação da informação como ferramenta de gestão;
2. Interiorização e fixação dos profissionais de saúde;
3. Articulação das unidades em rede a partir da atenção básica resolutive, acolhedora e oportuna;
4. Fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde;
5. Promoção da cultura da Paz e da não violência;
6. Combate à dengue, à LV, às hepatites, à tuberculose e à hanseníase.

Observe-se que o trabalho ou o desenvolvimento de ações em saúde não pode ser analisado apenas por indicadores de “alguns” resultados, mas, principalmente na efetivação das relações entre usuários e trabalhadores.

De todo modo, ficou patente que a população está descrente em relação aos serviços de saúde, pela demora dos atendimentos, pelo descaso, enfim por vários fatores que fazem com que haja uma procura aos serviços privados de saúde. Os serviços privados, por sua vez, estabelecem uma concorrência injusta em relação ao SUS, conforme explicita alguns estudiosos do Instituto de Saúde Coletiva, no artigo intitulado: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.

[...] o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal *vs.* Segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde. Embora o financiamento federal tenha aumentado cerca de quatro vezes desde o início da última década, a porcentagem do orçamento federal destinada ao setor de saúde não cresceu, levando a restrições de financiamento, infraestrutura e recursos humanos (PAIM *et al.*, 2011, p. 28).

#### 2.4.1.5 Plano de formação em saúde para o trabalhador

O educador Paulo Freire defendia que a construção do conhecimento deveria (e deve) ser articulado com as práticas sociais proporcionando o pensamento crítico e, conseqüentemente, a emancipação do ser humano, porque “[...] ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível” (FREIRE, 1996, p. 14).

Nessa perspectiva freireana - embora não exatamente - a formação dos profissionais que atuam na saúde pública avançou no sentido de dar respostas às demandas de saúde da sociedade. Atualmente, o modelo biomédico, centrado na figura do médico e do hospital como espaço de formação exclusiva começa ser questionado, inicialmente pela Constituição de 1988 que elege:

[...] uma das políticas sociais mais potentes e inclusivas do país e um dos maiores sistemas público de saúde do mundo, de maneira contra hegemônica à

lógica neoliberal observada nos outros países latino-americanos, à mesma época (SILVA; OLIVEIRA; SILVA, 2008, p. 26).

Observa-se, a partir desse marco histórico - a Constituição de 1988 - que as ligações sobre as áreas de saúde, gestão e educação vem se constituindo como referências teóricas e dialógicas que permeiam as inovações pedagógicas produzidas por abordagem emancipatórias garantindo, assim, os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Esse “novo território” de cuidado aprendizagem configura um espaço de intervenção de sujeitos coletivos disputando o caminhar do dia-a-dia com normas e regras, valores éticos, sociais e culturais que pelas diversas escolhas dos diferentes atores acarreta embates constantes, dando um caráter tensional a este território. O território representa a confluência dos mundos da formação, do trabalho e do cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidade exigindo dos atores um diálogo permanente que favoreça a construção de novas possibilidades para o cuidado em saúde, que considere o usuário ocupando o centro desta arena com efetivo ganho de autonomia no seu modo de “andar a vida” (SILVA; OLIVEIRA; SILVA, 2008, p. 26).

Portanto, o desafio colocado aos gestores públicos é “o da produção de um cuidado em saúde que cause impacto e que responda às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades” (SILVA; OLIVEIRA; SILVA, 2008).

Nos municípios brasileiros, a imagem que se tem dos serviços de saúde é precária, haja vista as condições e equipamentos insuficientes que são oferecidos aos profissionais de saúde, a desvalorização salarial, as longas filas de espera de usuários, o represamento de pedidos de exames deixando de favorecer a maioria daqueles que estão excluídos da garantia de riqueza e de bem-estar.

### **3 POLITICA DE HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE NO DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM NOVA ALVORADA DO SUL/ MS**

Este capítulo traz elementos que vão expondo as possibilidades de construção de um SUS que dá certo, além de evidenciar que a política de humanização e educação permanente em saúde é um forte instrumento para o Desenvolvimento Local. Neste capítulo estão algumas das experiências de educação permanente com os trabalhadores, organizadas pela Prefeitura, através de consultoria contratada para pensar e executar, a partir desses trabalhadores, uma nova forma de produzir saúde.

#### **3.1. CONTEXTO LOCAL DE MANIFESTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Nova Alvorada do Sul<sup>5</sup> situa-se a sudoeste do estado de Mato Grosso do Sul, município jovem, criado através da Lei nº 1.233 de 18 de Dezembro de 1991, durante o Governo Pedro Pedrossian teve sua primeira administração instalada em 01 de janeiro de 1993.

Possui localização privilegiada, que em tempos remotos lhe rendeu o codinome de “Entroncamento”, pois aqui se cruzam às rodovias federais: BR 163 e BR 267. Sua área territorial a princípio apenas 31 hectares, denominado Loteamento Nova Alvorada foi desmembrado da Fazenda Alavanquinha, de propriedade de Abraão Barbosa e adquirida por Naur Lopes.

---

<sup>5</sup> Toda explanação sobre a história de Nova Alvorada do Sul foi extraída do site oficial da prefeitura e do Plano Municipal de Humanização, do município.

Através de Lei nº 3876, de 16 de junho de 1977 foi criado o Distrito de Nova Alvorada, mais tarde devido ao seu crescimento acelerado, instalou-se uma subprefeitura tendo como seus administradores: Irineu Araújo Pael, José Alberto Guedes e Heitor Munhoz.

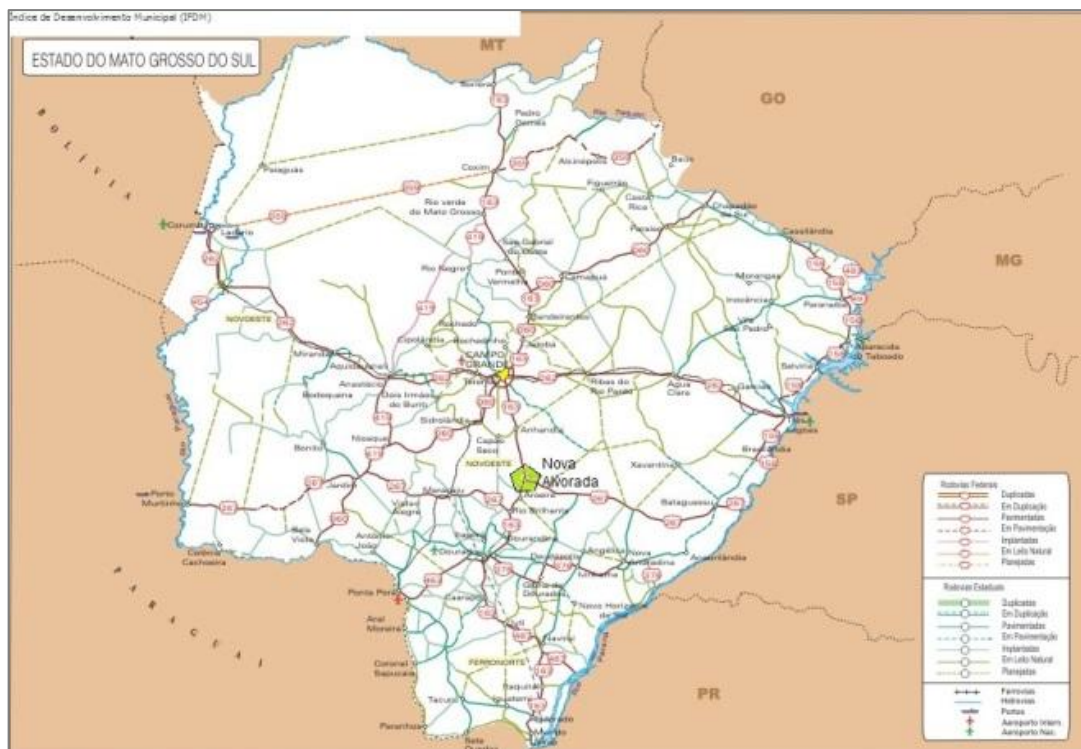
Em 1.982 instalou-se aqui a Destilaria Cachoeira, que foi uma grande alavanca para o crescimento e progresso do distrito. Seu proprietário Pedro Stradiotti criou o loteamento Maria de Lourdes Marson Stradiotti conhecido como “Vila Nova”, onde se instalaram a maioria dos funcionários que vieram de outras cidades e estados, trazendo uma diversidade cultural de costumes na alimentação, modo de vida e tradições.

Com o crescimento acelerado e a chegada de outras empresas, sentiu-se a necessidade da emancipação, realizaram um plebiscito em 27 de Outubro de 1.991, que culminou com a criação do município. Hoje possui área territorial de 4.019,32 km<sup>2</sup>, que foi desmembrada dos municípios de Rio Brilhante e Sidrolândia,

Em 2012 (IBGE), possuía 3.141 pessoas frequentando curso de nível fundamental, 700 matriculadas no Ensino Médio e 4.981 pessoas com ocupação formal. Atualmente, no município, existem oito assentamentos: PANA, PAM, São João, Volta Redonda, Sucesso, Jaburu (Banco da Terra), Mutum, Bebedouro e Santa Luzia e uma população de 16.432 habitantes (IBGE, 2010).

Sua localização é favorável em relação aos fluxos de conexão com Dourados, Campo Grande e como área de passagem para estado de São Paulo, Paraná, bem como os estados do Norte. Estabelecido pelas grandes vias rodoviárias federais implantadas na década de 60, facilitou sua rápida elevação à condição de distrito de Rio Brilhante em 1977 e em 1991 à de Município autônomo (Mapa 1).

**Mapa 1** - Localização de Nova Alvorada do Sul em Mato Grosso do Sul.



**Fonte:** IFDM. Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (2010)

O município vive um momento de expansão econômica, beneficiado em grande parte pela localização privilegiada. Nesse período, o Município passou a abrigar unidades agroindustriais sob o comando de outros Estados, com destaque ao Grupo Dallas (farinha de trigo, macarrão, biscoito) e ao Frigorífico Bertin que detém a maior capacidade de abate de gado bovino do Estado. Atualmente sua economia está mais fortemente ligada ao setor sucroalcooleiro com as Usinas Agroenergia Santa Luzia Ltda I e II (grupo Odebrecht), Alavanca Bioenergia Ltda (Grupo Dallari), Extra Bioenergia S.A (grupo Luiz Meneghel) e Santa Fé SAFI Brasil e Energia (Grupo Itamaraty- SAFI), além de algumas unidades ainda em implantação, embora novos projetos estejam surgindo ligados à atividade industrial, como o projeto “Flores do Cerrado”, a “Produção de conservas de legumes” e a “Industrialização do urucum”. Na agricultura tem destaque a pecuária (de corte e de leite), a agricultura de soja, milho, cana-de-açúcar, urucum, gergelim.



### 3.2 DIMENSÃO SOCIOECONÔMICA E DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A agropecuária é o principal setor da economia no município. O cultivo da cana de açúcar se expandiu largamente com a construção e reativação de Usinas de álcool, que são os grandes geradores de empregos em todos os níveis (como era antigamente nos assentamentos). Vale ressaltar que estas empresas encontram dificuldades em contratar mão de obra especializada no município, devido à baixa escolaridade e profissionalização por parte da população, que acabam por submeterem-se aos subempregos, gerando assim a necessidade de Programas que os ampare em todos os setores sociais.

Nas festividades destacamos o CARNALVORADA (carnaval de rua), Festa Junina Integrada (que une todas as escolas Municipais), Festa do Leite, Festa do Laço Comprido, Festa de São Cristóvão, Festa de Nossa Senhora Aparecida, Campeonato de Moto Cross. Tem como feriados municipais os dias: 25 de julho Dia de São Cristovão, padroeiro da cidade, 27 de outubro Aniversário de Emancipação Político Administrativa de Nova Alvorada do Sul.

O município de Nova Alvorada do Sul possui forte ligação com a cana-de-açúcar, através das Usinas de Álcool; Indústria de Alimentos e Biscoitos e agropecuária em geral que se instalaram na municipalidade, mantendo assim um fluxo constante de pessoas de outros países e das diferentes regiões do Brasil, que influenciaram e ainda continuam influenciando a cultura e o desenvolvimento local, a partir de suas características peculiares.

Essa característica de possuir uma população flutuante devido às usinas sucroalcooleiras instaladas no município, principalmente no que diz respeito à assistência a saúde foi mola propulsora para implantação dos equipamentos de saúde, no município.

Dessa forma a saúde em Nova Alvorada do Sul se estruturou a partir do primeiro hospital, denominado “Cândido Benoni dos Santos”, organizado pelo Dr. Cândido Benoni dos Santos que arrendou esse hospital para Dr. Odacir Lima Albuquerque. Este último conseguiu, junto à primeira administração, um pequeno repasse financeiro e o custeio de 03 funcionários. Dr. Odacir também prestou serviços médicos na Unidade de Saúde Leonora Dias de Brito, ainda quando Distrito de Rio Brilhante, e até hoje continua clinicando. Esse hospital acabou sendo arrendado pela administração municipal, e passou a atendimento 100% SUS.

Com a evolução e o grande crescimento do município, o Governo Estadual construiu um novo hospital: Hospital Municipal Francisca Ortega, inaugurado em 11 de Outubro de 2.005, pelo então Governador José Orcírio de Miranda.

Desde o período de sua emancipação, Nova Alvorada do Sul tem procurado avançar na organização dos Serviços no que tange a saúde pública e, nesses últimos cinco anos, vem se consolidando e fortalecendo a promoção da saúde. Entretanto, ainda encontra dificuldades, principalmente por ter uma população flutuante que trabalha nas usinas sucroalcooleiras. Mesmo após a implantação da política de humanização - que está localizada no limite da máquina do Estado, dos programas e áreas do Ministério da Saúde, além de outros, mas se encontra com os coletivos e as redes sociais e com as práticas de co-gestão -, a interação é precária entre algumas equipes e o desrespeito aos direitos dos usuários, dentre outros fatores.

Os problemas de saúde estão, na grande maioria, vinculados à desigualdade do acesso e na utilização dos serviços que, primariamente, estão atrelados à precária estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde. Entretanto, segundo as autoras,

[...] outro aspecto importante destacado pelos modelos analisados é a distinção entre os modelos explicativos da saúde e do uso de serviços de saúde. Saúde é entendida como um fenômeno bem mais amplo que a doença e não se explica unicamente pelo uso de serviços de saúde. Desta forma, a saúde da população não resulta diretamente da ação dos sistemas de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. S197).

### 3.3 DIMENSÃO DA ESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NO MUNICÍPIO

Na saúde, Nova Alvorada do Sul faz parte da Microrregião de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul (Mapa 2).

**Mapa 2** - Localização de Nova Alvorada do Sul na Microregião de Saúde, em Mato Grosso do Sul.



**Fonte:** SES/MS (2011).

A Gestão de Saúde é consolidada como Plena Municipal focada na resolubilidade da promoção à saúde na atenção primária, trabalhando a organização de seus serviços em rede, de forma que os usuários possam ter um atendimento integral dentro da media complexidade. O atendimento para a Alta Complexidade está referenciado ao Município de Campo Grande, ou seja, os pacientes que necessitam desse tipo de atendimento são encaminhados, portanto à Capital. Desta forma o município não tem medido esforços para cumprir o pactuado através da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, integrante da Macrorregião de Campo Grande dentro dos preceitos da regulação sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALVORADA DO SUL, 2010)

O município conta com quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo três na área urbana e uma na Agrovila PANA, e aprovada mais uma unidade no Assentamento Bebedouro. Tem uma Unidade Mista de Saúde onde funciona o Núcleo de Apoio a Saúde da Família

(NASF), Centro Municipal de Fisioterapia, Coordenadoria de Vigilância Sanitária, Coordenadoria Vigilância Epidemiológica e Controle de Vetores, Coordenadoria de Saúde Bucal.

Na gestão do Prefeito Arlei Silva Barbosa, em 2005, foi instituída a Secretaria Municipal de Saúde, sob a gestão do Sr. Irani Pereira da Silva e composta pelas seguintes unidades de atendimento:

- Unidades Básicas de Saúde (horário diferenciado) - 01
- Estratégia da Saúde da Família: Urbana - 03
- Estratégia da Saúde da Família: Rural - 02
- Coordenadoria de Vigilância Sanitária - 01
- Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Controle de Vetores - 01
- Coordenadoria de Saúde Bucal - 01
- Unidade Mista de Saúde Jaira Maria Dias de Brito - 01

Serviços especializados no município de Nova Alvorada do SUL

- Centro Municipal de Fisioterapia - 01
- Ultrassonografia - 01
- Raio X - 01
- Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF - 01
- Laboratório Municipal - 01
- Hospital Municipal - 01

A Secretária Municipal de Saúde, através de sua administração direta e indireta, atua nas ações de promoção, prevenção, proteção da saúde, além de executar as ações voltadas para a humanização do atendimento.

### 3.4 GESTÃO DA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Programa de Formação em Saúde para o Trabalhador proposto em nível de Macrorregião de Campo Grande, no âmbito da atenção-gestão, mediante metodologias problematizadoras de Apoio Institucional e Apoio Matricial tem como objetivo a potencialização, tanto na produção de conhecimento, quanto sua aplicação no trabalho (MATO GROSSO DO SUL, 2011).

Este passou a ser desenvolvido em formato de projetos (11 módulos/cursos), para contemplar três eixos em termos de necessidades educativas, a serem realizados em 24 meses: Atenção Obstétrica e Neonatal Qualificada, Humanizada e Baseada em Evidências Científicas; Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Urgências e Emergências.

Um fato importante a observar é que o processo de implantação de programas de educação permanente e de humanização dos serviços de saúde em Nova Alvorada do Sul foi executado antes da formulação do Plano Estadual.

### 3.5 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Pensando no envolvimento da comunidade como forma de melhorar a vida e ampliar a capacidade da população de Nova Alvorada do Sul em enfrentar os problemas de saúde, o processo de construção da Política de Humanização na Rede Municipal foi iniciado, em 2008, e por iniciativa da Administração Popular<sup>6</sup>, que percebeu a necessidade da implantação deste programa, visando à melhoria do atendimento nos serviços oferecidos à população. Era preciso redimensionar as relações entre a Prefeitura, trabalhadores e a comunidade, além de provocar, naqueles envolvidos nos processos, uma forma de lidar com seus problemas de saúde.

Em Nova Alvorada do Sul, inicialmente, trabalhou-se um planejamento estratégico e eleição de prioridades constituindo um Grupo de Trabalho, denominado Grupo de Trabalho de Humanização - GTH, em setembro de 2009, composto pelos Coordenadores e Gestor de Saúde, sob a orientação de uma consultoria especializada em saúde pública, e com a posterior elaboração do Programa Municipal de Humanização, através de oficinas e rodas de discussão entre as equipes envolvidas na produção em saúde.

É imprescindível ressaltar que a implantação da Política Nacional de Humanização no município de Nova Alvorada do Sul não é um mero conjunto de propostas abstratas, e sim ações concretas partindo da premissa de que *“aqui o SUS dá certo”*. O desafio do Grupo de Trabalho de Humanização - GTH tem como característica principal o desejo de intervir no processo de trabalho, promovendo mudanças de hábitos como, desmistificar a forma tradicional de atendimentos e atitudes transformando essas ações diárias, conceitos e hábitos visando à satisfação mútua transformando estas atitudes dos atores envolvidos, bem como o bem estar

---

<sup>6</sup> Gestão 2004-2012, do prefeito Arlei Silva Barbosa (PT).

coletivo (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALVORADA DO SUL, 2010).

Nessa perspectiva, a equipe de saúde de Nova Alvorada do Sul percebe a necessidade de entender o ser humano na sua essência, ou seja, cada atendimento é único e cada usuário também, valorizando dessa forma, as suas particularidades. Percebem, portanto, que a mudança do processo de trabalho em saúde só é possível se houver a compreensão de cada trabalhador sobre o modo de produzir saúde e adesão à nova forma de agir na relação com o usuário. Assim, a equipe produziu quatro projetos desenvolvidos em cada unidade de saúde: Ambiência das Unidades e Hospital; Avaliação e satisfação do usuário; Acolhimento da Porta de Entrada e; Educação Permanente.

O Programa de Humanização da Secretaria de Saúde de Nova Alvorada do Sul nasceu das informações sobre práticas humanizadas em saúde, oriundas da Política Nacional de Humanização, frente à necessidade de garantir à atenção a saúde integral, resolutiva e humanizada, com o objetivo de tecer uma rede de confiança e solidariedade entre os usuários, trabalhadores e gestores (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALVORADA DO SUL, 2010).

Todos os projetos foram executados a partir de oficinas com os trabalhadores, tendo como referencia metodológica, a perspectiva de educação popular de Paulo Freire. Em cada oficina organizavam-se momentos de reflexão, principalmente sobre as práticas e ações que cada serviço de saúde oferecia a população. Posterior a essas formulações, para cada serviço de saúde a equipe apresentava as propostas de mudanças, todas construídas de forma coletiva.

Era preciso que cada equipe de profissionais se capacitasse para a criação de vínculo entre usuários e trabalhadores criando um espírito de solidariedade, para tornar os serviços, oferecidos pela rede de saúde, mais acolhedores e resolutivos. As oficinas de reflexão se tornaram momentos de análise crítica à sociedade em que se vive. Era preciso perguntar-se “quem ou o que somos?” e “o que queremos como profissionais da saúde e para onde estamos seguindo?”. Estas questões estão vinculadas às dimensões culturais, econômicas, sociais, políticas que definem o jeito de ser, de estar na vida, e em comunidade. De acordo com o pensador da alteridade, Tzvetzan Todorov (1993) é importante entender que os grupos sociais têm a sua identidade construída, não apenas a partir dos seus valores, mas principalmente do que apreendem em contato com os outros, ou seja, é através do contato com outros que se incorporam novos valores e redefine-se a cultura (TODOROV, 1993, p. 22-23).

Nesse sentido, o processo de trabalho de humanização da equipe de saúde de Nova Alvorada do Sul priorizou o diálogo, que assume a seguinte função, segundo Todorov (1993, p. 16):

Escolher o diálogo quer dizer também evitar os dois extremos que são o monólogo e a guerra. Que o monólogo seja do crítico ou do autor, pouco importa: trata-se, a cada vez, de uma verdade já encontrada, a que só resta ser exposta; ora, fiel a Lessing, prefiro buscar a verdade do que possuí-la.

Resumidamente, os profissionais de saúde não são os detentores do saber e, tampouco os usuários do SUS são meros receptores dos serviços. O Programa de Humanização de Nova Alvorada propôs forjar uma relação onde todos são sujeitos das ações e todos, conforme as suas especificidades compõem a sociedade e constroem os saberes em saúde. Desse modo as equipes de saúde instrumentalizaram formas para melhorar a qualidade da atenção nas unidades de saúde e buscaram, de forma solidária, soluções humanizadas para os seus problemas e os problemas dos usuários: criaram projetos e incluíram os usuários fortalecendo vínculo entre os profissionais.

Para o Projeto “Avaliação da satisfação do Usuário” era preciso registrar a opinião do usuário, ouvir as queixas, reclamações e também as sugestões e elogios e se responsabilizar para dar um retorno ou uma resposta ao problema ou sugestão do usuário, possibilitando um *feedback* positivo para o aprimoramento dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde e a qualidade no atendimento. Para tanto foram distribuídas caixas de sugestão nas Unidades de Saúde, abertas mensalmente pelo coordenador da unidade juntamente com um membro do Conselho Municipal de Saúde e um usuário local, membro do Grupo de Trabalho de Humanização - GTH, e representante da Secretaria Municipal de Saúde. As queixas e sugestões dos usuários são respondidas dentro do mês e registradas em livro ata, e os dados coletados, tabulados e demonstrados em gráficos trimestralmente.

O Projeto “Ambiência das Unidades e Hospital” tem como objetivo a adequação do espaço físico proporcionando atenção acolhedora, humana e confortável propiciando mudanças significativas no trato com a saúde do usuário. Essa organização do espaço contribuiu, sobremaneira, para harmonizar o ambiente, também para os trabalhadores.

Para dar encaminhamento aos problemas apresentados organizaram o Projeto “Acolhimento da Porta de Entrada”, mesmo entre os outros profissionais e/ou em outros serviços fora da unidade para garantir uma escuta qualificada dos usuários de forma que este se sinta acolhido e percebendo a organização do espaço e agilidade no atendimento. Ouvir a

opinião do usuário, saber seu grau de satisfação ou críticas é proposto como uma forma de despertar o interesse da comunidade em saber como funciona a unidade, como são e quais são os serviços oferecidos, além de verificar qual a melhor maneira em atendê-los.

Com esta proposta, o Programa de Humanização da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul tem ciência e compreende os conceitos e métodos da PNH que implica interferir na prática existente nas unidades de saúde e hospital, propondo uma mudança no modo de pensar, de fazer e de agir. Buscando no dia a dia a construção de novos hábitos e atitudes, e ainda motivando diariamente a busca deste desafio. Aprende-se a estabelecer relações entre fatores organizacionais e a identificar os mais importantes, além de ver a potencialidade de técnicas e instrumentos administrativos na solução de problemas.

Tudo isso atrelado ao desenvolvimento de buscar construir entre os atores nova concepção de comportamento frente às suas responsabilidades e de interação em equipe, principalmente no que tange a comunicação, responsabilidade, interagir em grupos, exercer ou lidar com poder e autoridade.

**Foto 1** - Lançamento da política de humanização de Nova Alvorada do Sul/GTH.



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2009).

O Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de sensibilização da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais partindo da premissa: *aqui o SUS dá certo*.



Acreditando na possibilidade de mudança de atitude, para que o Sistema Único de Saúde cumpra a integralidade e a equidade das suas ações foram desenvolvidos, além dos projetos já descritos, outros projetos: Projeto AMES - Assistência Multidisciplinar Envelhecimento Saudável; Conhecer e Integrar a Rede de Saúde para o Município; e Comunidade Solidária.

O projeto teve um enfoque qualitativo e englobou as principais necessidade dos usuários e trabalhadores de saúde, visando otimizar o atendimento na Rede de Saúde. A Rede Municipal de Saúde realiza reuniões quinzenais para estudar, planejar avaliar e criar ações para o Plano de Intervenção “Aqui o SUS dá certo”, além de acompanhar e monitorar as ações dos projetos que integram a intervenção que envolveu o maior número de pessoas nas discussões e ações da humanização, com o objetivo de consolidar o Programa e o próprio GTH, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS.

Após as primeiras reuniões, os Coordenadores discutiram com suas equipes os critérios de implantação do PNH. Nessas reuniões foram propostas mudanças que poderiam ocorrer de acordo com a realidade de cada unidade, quando foram solicitadas sugestões dos trabalhadores para que o Programa fosse implantado no município. A prioridade levantada seria em relação ao acolhimento, surgindo assim o primeiro projeto: Acolhimento da Porta de Entrada, dando sequência aos demais projetos.

### 3.6 OS PROJETOS

#### **3.6.1 Atendimento Multidisciplinar para o Envelhecimento (AMES)**

O projeto AMES foi instituído para minimizar os efeitos deletérios causados pela idade, promover um envelhecimento saudável e diminuir a demanda nas unidades de saúde com atendimento multidisciplinar composto por fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, dentista, fonoaudióloga e enfermeira.

A equipe do projeto AMES realiza avaliação individual dos pacientes, oficinas, atividades físicas e palestras, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dos idosos.

**Foto 2** - Idosos participando do projeto AMES, entre as várias ações, atividades de lazer.



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2010).

Os encontros acontecem na Estratégia de Saúde da Família-ESF, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, e nas casas dos moradores da comunidade, onde cada participante sugere onde será o próximo encontro. Em alguns encontros as atividades, como caminhada, alongamentos e exercícios aeróbicos acontecem na rua, em frente à sede do NASF, ou no Parque Recreativo Antônio Stradiotti.

### **3.6.2 Conhecer e integrar a rede de saúde para o município**

Foi elaborada após uma ampla discussão e análise da equipe de saúde uma cartilha intitulada “Conhecendo a Rede Municipal de Saúde” com objetivo de esclarecer aos trabalhadores e a comunidade como funciona a rede municipal de saúde, os serviços que são ofertados e seus departamentos, de modo facilitar o acesso do usuário e agilizar o atendimento prestado.

Em primeiro lugar a proposta foi apresentada, revisada e aprovada pela administração municipal, posteriormente foram confeccionados 5 mil exemplares, sendo apresentados pelo Prefeito Municipal, durante a V Conferência Municipal de Saúde, que destacou a sua importância dentro do Plano de Intervenção da Humanização da Secretaria Municipal.

### 3.6.3 Comunidade solidária

Após verificar a particularidade das comunidades rurais por meio das visitas dos agentes comunitários que detectaram a carência social na região, foi constatada a necessidade de se promover ações solidárias, buscando meios de orientar e fortalecer o vínculo dessa população com a unidade de saúde.

Além de todas as atividades que são realizadas no decorrer do ano nas datas comemorativas, destaca-se o Natal Solidário que engloba todas as crianças dos assentamentos, com faixa etária de zero a doze anos. Neste projeto, ocorre a distribuição de presentes, arrecadados por meio de ações beneficentes, e é ofertado cachorro - quente e refrigerante a todos os participantes.

**Foto 3** - Banner do natal solidário



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2010).

Um programa de Educação Permanente em Saúde parte do pressuposto de um processo de aprendizagem significativa, que promove e produz sentido, e sugere que as transformações das práticas profissionais no cotidiano estejam baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços.

### 3.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE

Durante todo o processo de construção da política de humanização em Nova Alvorada do Sul, a partir de 2009, de forma democrática e participativa, a equipe da Secretaria de Saúde trabalhou o Projeto “Educação Permanente” trazendo elementos teóricos e práticos que deu suporte aos trabalhadores oportunizando a qualificação da gestão pautada nos preceitos nacionais da Política de Humanização.

**Foto 4** - Equipe de educação permanente de Nova Alvorada do Sul.



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2009).

Tal projeto permitiu a qualidade permanente de aprendizado, valorizando e estimulando a metodologia da roda de discussão e construção de conhecimentos, através de técnicas instrucionais de acordo com a realidade de cada situação encontrada tais como: oficinas de sensibilização, dramatizações, dinâmicas, palestras, reuniões, estudo de textos, vídeos, relatos de experiências, trabalhos em grupo e estudo de caso.

Para que ocorressem todos os projetos articulados, o Governo Municipal investiu na contratação de uma consultoria, com a preocupação de criar estratégias de ações que promovessem o ser humano em todas as suas dimensões, acreditando ser dessa forma a construção de Políticas Públicas emancipatórias, ou seja, foi necessário buscar um saber especializado para que este contribuísse de forma organizada e sistematizada para a formação continuada dos profissionais de saúde, focalizando sempre o trabalho em rede (Primeiro Relatório/Nova Alvorada do Sul, 2009).

### 3.7.1 Gestores e profissionais da Secretaria de Saúde

A primeira etapa desse trabalho aconteceu em julho de 2009, onde se reuniram os trabalhadores para elaborarem um diagnóstico da saúde do município, além de conhecerem o funcionamento da rede de saúde. O primeiro encontro foi desenvolvido com o Gestor Municipal, coordenadores (as) da Rede e da secretaria, perfazendo uma carga horária de 8 horas e baseado na construção do conhecimento, diálogo, compromisso com a transformação das ações, a partir da seguinte metodologia:

1. Acolhida com apresentação do Secretário de Planejamento, Administração e Finanças;
2. Dinâmica dos balões, visando integração e entretenimento;
3. Construindo o caminho: Expectativas do grupo quanto ao Programa;
4. Palestra: “Contribuir para melhoria da Gestão e Implantação e execução do Programa de Educação Permanente, na perspectiva do HumanizaSUS”;
5. Filme da vida de Gonçalo Borges;
6. Momento de discussão, trabalhos em grupos, construção coletiva e socialização de experiências pelo grupo;
7. Filme relatando as experiências construídas pela equipe de profissionais da saúde;
8. Avaliação por escrito;
9. Encerramento das atividades com o filme “Menestrel”, um instrumento riquíssimo de motivação e construção da autoestima.

Segundo a avaliação da consultoria, disposta em relatórios, houve uma disposição da equipe, uma esperança, uma satisfação em participar e um desejo de mudança muito grande causando uma disposição de bons resultados. A presença do gestor na realização da oficina técnica foi um fator relevante para a equipe, pois corriqueiramente, os cargos de gestão raramente participam de qualquer construção de política pública. Desse modo, a equipe demonstrou grande vontade nesse formato de aprendizado, deixando clara a necessidade premente de mudanças, em relação ao modo de organização e de pensar o trabalho e efetivar projetos que tinham vontade de fazer, mas que não sabiam como começar.

**Foto 5** - Oficinas de educação permanente. Dinâmica da Teia. Construção coletiva de ações.



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2009).

A Foto 5 evidencia um dos momentos das participantes na construção do projeto de educação permanente. É esse o fazer coletivo, onde se deve estimular a criação e consolidar, através de pequenos gestos, as ações e envolvimento de toda a equipe. Reforça a importância de cada um e a vontade de todos na construção de um trabalho que, efetivamente, será bem sucedido.

Várias etapas tomaram corpo, na Rede Municipal de Saúde, para desenvolverem uma política efetiva de humanização. O processo de educação permanente em Nova Alvorada do Sul contou com a capacitação setorizada dos funcionários, primeiro com os gestores e posteriormente com toda a rede.

Além das atividades coletivas de implementação de serviços de saúde com maior eficiência, observa-se também uma forte promoção de educação, através da produção de textos e artigos elaborados pelos participantes, a exemplo este extrato de artigo produzido pela Enfermeira Gisele Valim da Silva (Coordenadora da Unidade de Saúde da Família III, Laurita Dias de Souza) e colaboradores.

Este é o desafio que os trabalhadores de saúde de Nova Alvorada do Sul estão buscando, a sua nova identidade, olhando para o outro, percebendo a importância da gestão participativa onde os atores buscam se envolver e participar ativamente em prol de uma qualidade de vida eficaz<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Esta referência foi retirada de artigo onde consta o nome das autoras, já mencionadas, entretanto não tem registro de publicação. A data provável da elaboração é julho de 2009 e essa fonte faz parte dos documentos da consultoria.

Esse desafio disposto pela Enfermeira Gisele “olhando o outro” evidencia muito daquilo que Todorov (1993) apresentou em seus escritos, ou seja, identificar o outro em nós, dentro de nós e fora de nós mesmos.

### **3.7.2 Unidade Mista de Saúde Jaira Maira Dias de Brito (NASF)**

A função dessa unidade é dar suporte as unidades de saúde, realizando atendimento de média complexidade, tais como: fisioterapia, nutrição, psicologia e fonoaudiologia. Esses atendimentos são realizados mediante encaminhamentos médicos.

No processo de formação, com a equipe da NASF, durante o mês de setembro de 2009, a mesma foi estimulada a socializar conhecimentos e debater, coletivamente, algumas ideias e conceitos: primeiro, a partir da palestra ministrada pela consultoria contratada, com o tema “Contribuir para melhoria da Gestão e Implantação e execução do Programa de Educação Permanente, na perspectiva do HumanizaSUS na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Alvorada do Sul/MS”; depois, o debate a partir de questionamentos: “É possível construir juntos? Como vocês percebem as relações humanas no trabalho? O que vocês consideram importante, do que foi apresentado até o momento, para que pudessem construir, em conjunto, uma gestão mais eficaz?”.

A partir de então, observa-se o externar pensamentos, por todo o grupo, conforme consta do relatório mensal, datado de setembro de 2009.

Foi ótima a ideia (sic) dessa capacitação com os profissionais; temos muito a crescer nas relações com as pessoas, na forma de atender os usuários; primeiro passo para a construção de algo é acreditar que é possível; o que faz a diferença no grupo do NASF é a união que temos entre nós, o respeito e a criatividade de cada um/a; a troca enriquece e o usuário nos vê como alguém que irá resolver os seus problemas; a nossa intenção é promover a saúde, prevenindo e promovendo o bem-estar da família; criação de vínculo com o usuário; recebemos muito apoio do gestor da saúde; nas unidades há resistências em acolher as palestras organizadas e promovidas pelos profissionais do NASF, percebe-se pela falta de apoio e cooperação das Unidades.

Neste sentido, foram dadas algumas sugestões de mudança de estratégias, como: Passar o carro de som convidando a população para participar da atividade na Unidade, fazer nominal o convite e protocolar, dando maior responsabilidade e criando vínculo direto com o usuário; fazer um planejamento das atividades com a participação dos Agentes Comunitários,



a fim de envolvê-los e assim sentir-se útil e também construtores/as da atividade proposta. O Resultado dessas “ideias” foi a criação do NASF Conviver, onde reuniam os usuários da terceira idade para atividades diversas: mutirão de consultas, palestras, atividades de lazer, como se encontra expresso na fotografia abaixo.

**Foto 6** - NASF Conviver



**Fonte:** Relatório da Consultoria (2010).

A continuidade das oficinas desenvolveu-se através da formação de grupos de trabalho que deveriam propor a construção de um plano de operação para inserir a prática da humanização nas ações e serviços de saúde e de que maneira isso seria operacionalizado, para tanto os grupos de trabalho teriam que elencar algumas prioridades. Segundo os relatórios da consultoria (2009) contratada, os grupos de trabalho organizaram atividades seguindo uma ordem prioritária, conforme segue:

1. Discutir as relações interpessoais nas reuniões semanais;
2. Implantação da horta medicinal;
3. Integração com os agentes de saúde, através de reuniões continuadas;
4. Elaborar um cronograma de atividades do NASF;
5. Melhorar o ambiente acolhedor;
6. Criação de grupos de produção: Fuxico, tapetes, crochê, dentre outros;
7. Redimensionar o espaço físico com pequenas reformas;
8. Educação continuada para os profissionais.
9. A manutenção de oficinas técnicas, ou seja, a que prioriza os conhecimentos já acumulados, o diálogo, a participação nas decisões, à construção coletiva, a



roda de conversa é fundamental para o bom andamento das atividades e crescimento do grupo e as mesmas propiciam momentos singulares de socialização contribuindo para o fortalecimento das relações interpessoais, bem como, para as articulações das ações.

10. Ao final da etapa de construção de ações, a avaliação, por escrito, da oficina com os profissionais das duas Unidades, a partir da seguinte reflexão: “Como você está se sentindo após as discussões de hoje?”.

Alguns depoimentos demonstram a importância de um trabalho dessa natureza, feito com trabalhadores e para trabalhadores, que tem como objetivo a produção de saúde no seu sentido mais completo: a saúde como um bem, ou, o pleno gozo do ser humano de suas faculdades físicas e psíquicas que caracteriza um estado de perfeito bem estar.

No relatório da consultoria não foi possível identificar os autores dos depoimentos<sup>8</sup>, mas alguns são fundamentais para enriquecer este trabalho, haja vista a ideia do espaço “vivido” que, segundo Carvalho (2003) é um espaço construído socialmente e totalmente dinâmico, composto de várias representações simbólicas, que são baseadas nas experiências e organizadas a partir das relações com o imaginário, com a magia e as afetividades (HOLZER, 1992 *apud* CARVALHO, 2003).

Faz dois anos que eu trabalho aqui e todas as palestras e cursos que já fiz nada foi tão gratificante e construtivo como o de hoje. São encontros como estes que nos motivam a melhorar a cada dia como pessoa e como profissional. Estou muito satisfeita, sem dúvida foi mais uma lição de vida e aprendizado (Depoimento 1).

Foi muito bom este trabalho, pois melhora a integração da equipe e como as ações devem ser aplicadas na promoção e melhoria da saúde dos usuários, precisamos estar qualificados. Muda a nossa forma de pensar e agir diante do nosso trabalho. É o primeiro passo para melhorar a qualidade de vida do outro. Este momento sempre é importante para nos unirmos cada vez mais e respeitarmos o pensamento do outro (Depoimento 2).

Seguindo o pensamento de Paulo Freire (1996), em *Pedagogia da Autonomia*, todos devem se assumir como sujeito da produção do saber, e se convencer que ensinar não é transferir conhecimento, mas, sobretudo criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. É nesse sentido que as oficinas, mediadas pela consultoria, produziram nos

---

<sup>8</sup> Depoimentos 1 e 2 numerados apenas para evidenciar duas pessoas que não foram identificadas pelo Relatório da Consultoria.

trabalhadores a percepção de sentirem-se como sujeitos, situação necessária para a compreensão dos processos criativos e educativos.

### 3.7.3 Hospital Municipal Francisca Ortega

Nos dias 27 e 28 de maio de 2010 foram realizadas oficinas técnicas com os trabalhadores do Hospital. A oficina teve uma carga horária de 04 horas por turma, totalizando 08 horas. Participaram 31(trinta e uma) pessoas, conforme consta do relatório da consultoria, com lista de presença anexada.

Os participantes das oficinas foram acolhidos com um filme: “Dá-me um abraço” motivando-os a se abraçarem e cumprimentarem entre si. Posteriormente foi sugerido ao grupo que participassem de uma dinâmica intitulada “Pessoa para pessoa” com o objetivo de diminuir a distância entre as pessoas e promover o contato, desfazendo preconceitos e incentivando a criatividade e ainda, exercitando a liderança circular. Essa relação fica explícita na fotografia a seguir.

**Foto 7** - Mural da Amizade organizado pelos trabalhadores do Hospital para os festejos do fim de ano.



**Fonte:** Relatório da Consultoria, dezembro, 2010.

Dando sequência às dinâmicas de grupo, todos participarem em “Porque você tira o chapéu”. Segundo o relatório da consultoria

Todos puderam expressar os seus sentimentos, reconhecer as qualidades, potencialidades e ao mesmo tempo os limites. Foi um momento emocionante, pois se percebeu a sinceridade, humildade e a seriedade com que cada um assumia a si próprio diante da equipe (Relatório da Consultoria, 2010, p. 5).

Essa forma de atividade remete à ideia da Rede de Educação Popular e Saúde, que segundo Stotz *et al.* (2005, p. 91), é a proposta de “um movimento social cunhada por Eymard Vasconcelos numa intervenção pública no Congresso de Saúde Coletiva [...]” onde há

[...] éticas amorosas de relação que foram se construindo através das trocas e diálogos, dos aportes das pessoas - depoimentos, crônicas, relatos de viagens, poemas, conversas, desentendimentos, acordos, indignações compartilhadas. Uma vez que o espaço da ‘virtualidade’ configura-se como um ‘íntimo público’, vai se criando uma forma de ‘grito ao pé do ouvido’, ou ‘cochicho coletivo’ (STOTZ *et al.*, 2005, p. 97).

A partir dessa descoberta - o outro também sou eu - os profissionais do hospital foram capacitados para a Autonomia; o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles; o Estabelecimento de vínculos solidários; a Construção de redes de cooperação e; a Participação coletiva no processo de gestão.

Ao perguntar, em trabalhos desenvolvidos em grupo “O que vocês tem feito para contribuir com a melhoria dos serviços de saúde e a humanização do trabalho? Justifique”, os grupos foram unânimes em afirmar que depois da capacitação fizeram uma nova leitura das relações de trabalho, com colegas e usuários do SUS, conforme extrato de texto retirado do relatório da consultoria.

GRUPO 2. Amanda, Rosangela, Núbia, Ana Maria e Genilza: Em primeiro lugar colocando em prática o que temos aprendido, pois nos serviu de alerta para melhorarmos; vemos que cada pessoa faz parte de um corpo trabalhando em favor do bem estar físico e psicológico do usuário; e que precisamos estar bem conosco mesmo para melhor atender o usuário e sermos melhores colegas e profissionais; e que devemos fazer juz (sic) ao nome humanizaSUS.

Essa experiência evidencia a necessidade que os profissionais têm em serem valorizados, ouvidos, sentidos. Cria um nível de relação que somente é possível quando há engajamento de todos, onde incorporam suas experiências e se permitem o fazer coletivo.

### **3.7.4 Vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de vetores**

As oficinas realizadas com outros profissionais de saúde do município de Nova Alvorada do Sul foram semelhantes às aplicadas aos agentes comunitários. Todas com o intuito de apresentar uma proposta de Educação Permanente, como uma aposta de possibilidades de mudança na formação dos sujeitos, através da discussão dos processos de trabalho, coletivamente, valorizando as experiências e saberes de cada um e com estímulo à autonomia dos participantes. Entretanto, apenas a educação não é suficiente para a transformação desse cenário. Serão necessárias muitas negociações, embates e mudanças estruturais e sociais, assim como construção de redes sociais que compartilhem a construção de novas práticas que possam dar visibilidade às novas formas de construção de saúde e de vida.

De acordo com o relato desses profissionais, eles descobrem que os erros não estão somente nos outros e por isso há a necessidade de mudança deles também. Permitiu a compreensão dos direitos e deveres de cada um, de auto-avaliação; da necessidade de entrosamento entre os setores, das relações de solidariedade e de divisão de responsabilidades, cada um assumindo a sua função e se preocupando com a coletividade.

### **3.7.5 Estratégia de saúde da família - Leonora Dias Brito**

Nessa Unidade de Saúde foi pensada a organização de oficinas de trabalhos manuais e educação em grupos, principalmente gestantes, diabéticos e hipertensos. O objetivo dessa ação era, sobretudo, melhorar a socialização, a satisfação pessoal, além da geração de renda e melhoria da qualidade de vida. Todas essas atividades foram forjadas pela equipe, a partir das oficinas de humanização aplicadas pela consultoria contratada pelo município de Nova Alvorada do Sul. Foram feitos convites aos usuários para participarem das oficinas e voluntários da comunidade que gostariam de ministrar os cursos. Dessa forma a equipe poderia envolver todos aqueles que eram atendidos por aquela Unidade de Saúde.

### **3.7.6 Estratégia de saúde da família - Laurita Dias de Souza**

As oficinas realizadas, com essa Unidade de Saúde permitiram agilizar o acesso dos usuários aos serviços, implantando o acolhimento, visando envolver toda a equipe, apresentando um atendimento de qualidade e orientando de forma permanente sobre os fluxos e normas da rede e o desenvolvimento de ações. Tornou-os facilitadores do acolhimento de porta de entrada, orientando e divulgando aos usuários a rotina diária da unidade, bem como, otimizando a sinalização dos setores.

Para além das ações específicas de saúde implantaram a horta e o jardim na unidade juntamente com a população idosa promovendo o acesso, a integração e a disponibilidade dos mesmos, de forma solidária, com o intuito de estimular hábitos alimentares saudáveis. A jardinagem plantando flores propiciando a melhoria da ambiência, terapia ocupacional, fortalecendo a ação coletiva e a identidade comunitária. Para tanto os funcionários se reuniram com a comunidade mostrando as vantagens e a importância da produção coletiva de hortaliças e a organização do jardim, evidenciando seus valores nutritivos, terapêuticos e de ambiência. Todos os participantes ajudaram na preparação do solo, adubação, elaboração da sementeira, confecção de canteiros, irrigação, capinagem, controle de pragas e doenças.

### **3.7.7 Unidade Básica de Saúde do PSF - Isabel Menezes Coelho**

Semelhante a todas as outras Unidades de Nova Alvorada do Sul, o processo de capacitação dos trabalhadores em saúde foi desenvolvido sob quatro eixos: Ouvir para Melhorar; Acolher; Agenda Organizada; Educação Permanente. O primeiro eixo desenvolveu a capacidade da escuta qualificada nos trabalhadores, ou seja, ouvir a opinião do usuário, saber o grau de satisfação deste, dentre outras situações, através do diálogo e também de questionário elaborado para saber a opinião do usuário sobre os funcionários e dinâmica da unidade, críticas, elogios e sugestões.

Nas ações de “Acolher” os trabalhadores exercitavam a identificação das necessidades do usuário e de que maneira agiriam de forma resolutiva e como fariam a recepção desse usuário para que ele se sentisse parte daquele grupo. Nesse sentido, a ideia de

“pertencimento” (BAUMAN, 2005) é também da sensação de segurança, de confiança, mas principalmente de identidade com o espaço que o acolheu a contento.

O terceiro item - Agenda Organizada - diz respeito à agilidade que os trabalhadores precisam desenvolver para que o atendimento dispensado ao usuário seja eficiente e eficaz, a exemplo minimizar o tempo de espera para uma consulta.

Por último, a Educação Permanente promove a qualificação da equipe com base nos preceitos da humanização, a fim de motivar e dar o suporte para que a mesma sinta-se valorizada e valorize o outro.

### **3.7.8 Agentes comunitários de saúde**

Agente Comunitário de Saúde - ACS resultou da criação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde - PACS - em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde estabelecida por norma Constitucional em 1988. Esses agentes são capacitados para reunir informações de saúde sobre uma comunidade. Na concepção inicial, deveria ser um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região. São orientados por supervisor (profissional enfermeiro ou médico) da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade.

Na capacitação realizada com esses profissionais, a consultoria orientou a formação de pequenos grupos de discussões, a partir da questão abaixo: “Conte para o grupo a sua melhor e a pior experiência enquanto Agente Comunitário de Saúde” (Relatório da Consultoria, dezembro de 2010, p. 13). Tendo em vista que esses profissionais encontram-se diariamente visitando residências de famílias atendidas pela Unidade de Saúde da região, a capacitação proporcionou que refletissem sobre algumas atitudes vivenciadas no dia-a-dia e que muitas vezes passam despercebidas causando desconforto na equipe e enfraquecendo as relações interpessoais.

**Foto 8 - Oficina técnica com ACS.**



**Fonte:** Relatório da Consultoria, dezembro, 2010.

Desse modo, as respostas àquilo que foi solicitado demonstram, claramente, que se deve considerar que a atuação do ACS influencia a qualidade do trabalho desenvolvido, já que constituem o principal elo entre a população atendida e a Unidade de Saúde. Assim, selecionou-se 02 grupos para evidenciar o que esses profissionais sentem:

Grupo 2: Melhor Experiência: Cristiany, Rozineide, Gislaine, Ademar, Aline - “Certo dia chega à Unidade de Saúde uma gestante, não tendo ambulância e nem tempo para o transporte, o parto foi realizado ali mesmo, com a ajuda da ACS, esta ajuda foi importante e de grande valia a ACS ajudou no parto mesmo sem experiência iluminando com uma lanterna, secando o suor do rosto do médico e o melhor estarem ali para receber o bebê. O procedimento foi improvisado mais com responsabilidade foram usados gases e todo o material de esterilização do consultório odontológico. Hoje recebemos a gratidão desta mãe pela maneira que conduzimos este episódio”.

Grupo 1: Pior Experiência - Ana Paula, Sudemia, Zilda, Ademar e Edilene- “Uma mãe teve um casal de filhos (gêmeos). Como agente, acompanhei em tudo que foi possível, juntamente com os demais companheiros da Unidade. A comunidade doou roupas, alimentos, fraldas, berço, carrinho e tudo o que eles precisavam. Mas a mãe das crianças não fez a sua parte e, por fim os bebês foram para adoção. Sentimos frustrados, pois todo o nosso esforço não valeu a pena para a mãe, que não quis mudar seu comportamento e zelar pelos seus filhos”.

Percebe-se, portanto, a importância da atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) junto à comunidade. Entretanto, observa-se que para a admissão deste não há exigência de um curso superior, apenas a conclusão do ensino fundamental, e muito menos de algum tipo de formação específica prévia. A responsabilidade de identificar, orientar, encaminhar e

acompanhar os pacientes, muitas vezes não é suprido com os treinamentos isolados pelos quais esses profissionais passaram. Muitas vezes não possuem suporte necessário para as dificuldades que encontram no seu dia a dia, já que são cobrados tanto do público a quem exige conhecimento, quanto da Unidade Básica de Saúde (UBS) que exige qualidade e rendimento do seu trabalho.

Este capítulo evidenciou o processo de humanização em saúde do município de Nova Alvorada do Sul, a experiência com os trabalhadores partindo do princípio que a saúde é considerada um valor devido ao vínculo com vida. É um direito de cada indivíduo e resultante de vários fatores, tais como: ambiente, condições de vida compatíveis à dignidade humana, organização e utilização de recursos que se transformem em serviços de saúde, decisões individuais, de cada família e de cada comunidade em relação à adoção do estilo de vida e utilização de práticas que visem à diminuição dos riscos com o objetivo de preservar e proteger a saúde.

No município de Nova Alvorada do Sul, observa-se que, durante 03 anos consecutivos, uma parte deste compromisso vem sendo concretizado através da criação e implantação do Projeto de Educação Permanente aos trabalhadores/as em saúde, entendendo que, é através da formação continuada que se desenvolve o raciocínio crítico e consciente da realidade e, conseqüentemente, mudanças de paradigmas.



## **4 NOVOS OLHARES E NOVAS PRÁTICAS EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS COM A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Este capítulo corresponde à pesquisa desenvolvida com funcionários da Secretaria de Saúde do município de Nova Alvorada do Sul, com o intuito de defender aquilo que foi proposto para este trabalho, ou seja, analisar a importância da educação permanente para estes e se esse processo permitiu alguma mudança significativa na vida profissional e social dos mesmos. A impossibilidade em se estudar a totalidade de uma população ou de um universo de pesquisa levou à necessidade da amostra. Foram feitas 11 entrevistas entre Agentes Comunitários de Saúde - ACS, Fisioterapeutas, Auxiliares de Serviços Gerais, Enfermeiros, Nutricionistas, Coordenadores de Serviços de Saúde, dentre outros trabalhadores.

As entrevistas foram organizadas a partir de questionário estruturado, gravadas em MP3 e que permitem romper o silêncio, ou ao menos valorizar aqueles que cotidianamente produzem saúde para si e para outros, além de “[...] devolver a palavra aos que não têm outros espaços e o poder de dizer é constitutivo de novas imagens. [...]” (SOUZA, 1995, p. 154).

Nesse processo foi lida a carta de apresentação da pesquisadora, para cada entrevistado e, todos, indistintamente concordaram em responder todas as perguntas organizadas para tal fim, inclusive consentindo, de acordo com as normas expressas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Ainda na leitura da carta de apresentação, todos os esclarecimentos foram dados reforçando que, ao respondê-lo, o entrevistado estaria contribuindo para a coleta de dados, consideradas importantes sobre os serviços de saúde, em benefício da melhoria na qualidade da prestação dos serviços, em Nova Alvorada do Sul.

A opção em transcrever, fidedignamente, as entrevistas feitas a partir de questionário estruturado e apresentando-os como “entrevista 1” e, assim, sucessivamente foi apenas para preservar a identidade, por tratar-se de funcionários públicos municipais, apesar de todos eles autorizarem a divulgação.

Os dados, portanto, foram catalogados, organizados e interpretados e somente serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos.

O primeiro passo importante foi conhecer o perfil dos entrevistados: 99% são do gênero feminino, faixa etária entre 26 e 50 anos. Tratando-se da formação de 100% dos entrevistados, 60% apresentam graduação/pós-graduação na área de saúde e os outros 40% com Ensino Médio completo. Todos com mais de um ano de serviços prestados para a saúde pública, no município de Nova Alvorada do Sul.

Quando perguntado “Como eram executados os serviços de saúde em Nova Alvorada do Sul?”, as respostas seguiram semelhante linha de opinião, onde os trabalhadores observam uma carência de planejamento, falta de integração dos serviços, dentre outros, conforme segue.

Entrevista 1: Sim. Era só curativa. Hoje se faz a prevenção, o acompanhamento e a cura.

Entrevista 2: Eu iniciei o meu trabalho no ano de 2006. Na época, era muito difícil trabalhar, por motivo de muitas reclamações, por que não era frequente as visitas. Por falta de pessoas, por que a demanda era muito grande e não conseguiam passar por todas as residências. A mudança hoje é notória, por que os usuários ficam mais integrados com os acontecimentos da unidade de saúde, e há um vínculo de maior amizade entre os funcionários e os usuários.

Entrevista 3: Era desorganizado.

Entrevista 4: O serviço de saúde em Nova Alvorada ele era carente de planejamento estratégico participativo, bem como de instrumentos de monitoramento e avaliação de ações. Também havia pouca preocupação com a ambiência na saúde, e o padrão de acolhida aos usuários do SUS não recebia a devida importância. Na realidade, não havia familiaridade da equipe com as diretrizes da PNH, portanto os mesmos, não estavam sensibilizados para tal.

Entrevista 5: Antes, tinha menos informações, não tínhamos acolhimento. E eu vejo que antes, não tinha qualidade de serviço, e sim quantidade. Hoje como agente de saúde, o nosso trabalho é humano e de informação, tanto no posto em que trabalho, quanto o hospital.

Entrevista 6: Não tinha antes o atendimento diferenciado nas unidades de saúde, só era os atendimentos normal, e isso sobrecarregava o Hospital Municipal Francisco Ortega. Hoje nós conhecemos, no município, todas as recepcionistas, e sabemos melhor onde encaminhar os pacientes.

Entrevista 7: Bom, eu estou aqui há quase dois anos e sei mais do final da capacitação, mas pelo que eu vi de antes, a equipe, ela era mais desunida,

não tinha união, onde cada um tinha sua função na sua unidade de saúde, e não era desenvolvido o acolhimento de porta de entrada. E tinha menos projetos do que hoje são desenvolvidos nas unidades de saúde.

Entrevista 8: O serviço de saúde em Nova Alvorada do Sul, sempre atendeu as necessidades da população, e ofertou um serviço de boa qualidade, o que mudou em relação aos dias atuais foi que houveram mudanças positivas com a adoção da política de humanização, as equipes ficaram mais integradas, os profissionais mais motivados, e os pacientes foram melhor acolhidos.

Entrevista 9: Bom, o serviço era desenvolvido de forma individualizada, cada setor da saúde fazia o seu trabalho, sem haver uma ligação mais sólida entre as Unidades de Saúde na Rede né? Sim, sim, houve bastante mudanças sim [...] por que houve uma grande aproximação entre os coordenadores, a gestora, no caso, da saúde, e os trabalhadores da Rede. E a gente também teve uma aproximação maior com os usuários.

Entrevista 10: Era realizado com deficiência. Houve introdução nas estratégias de Saúde da Família, nos Hospitais, no NASF.

Entrevista 11: Não havia troca de informação e de experiência entre as equipes. Atualmente foi implantado o projeto Acolhimento, que dá suporte ao atendimento no Serviço de Saúde. O relacionamento entre os usuários e as Unidades de Saúde melhorou muito. A mudança já foi visível desde o início, é claro que com o tempo foi aperfeiçoando, e melhorando cada vez mais.

Neste caso, observa-se que trabalhando outra perspectiva de saúde, do modelo de atenção, as práticas ou produção de saúde se expandem para além da doença e passa a incluir as necessidades da população, as condições de vida e de trabalho e o sujeito da atenção - usuários e trabalhadores. Assim tem acontecido em Nova Alvorada do Sul, a partir da elaboração e execução do Programa de Humanização, em 2009.

Quando solicitado: “Mais especificamente, que tipo de mudança acha que aconteceu no serviço de saúde, depois do programa de humanização?”, nota-se uma alteração na fala dos entrevistados demonstrando mais clareza e certa emotividade alegre ao destacarem, quase que unânimes, uma melhoria substancial nos serviços, principalmente no atendimento aos usuários e a relação dos trabalhadores com outras equipes, conforme segue.

Entrevista 1: O acompanhamento, o comprometimento com a população, se colocar no lugar do outro, tentar o máximo deixar o paciente mais próximo da equipe, para que se torne um lugar agradável, e não um lugar de dor, o ambiente aconchegante e familiar.

Entrevista 2: Eu acho que houve mais harmonia, companheirismo, dedicação, alegria em poder ajudar outras pessoas, e poder ver a gratidão e o reconhecimento do usuário.

Entrevista 3: O paciente é melhor tratado na Rede de Saúde, e não espera muito tempo por seu atendimento, pois a acolhedora recebe o paciente e o encaminha logo para sua necessidade.

Entrevista 4: Bem [...] na minha opinião, o aspecto que mais se sobressaiu foi justamente com relação à gestão participativa. A partir daí foi possível consolidar vínculos, fortalecer a rede de saúde e entender que na construção de um SUS mais humanizado, todos devem ser envolvidos, sejam usuários, trabalhadores e gestores, todos são corresponsáveis.

Entrevista 5: Hoje passo a dar mais valor no ser humano.

Entrevista 6: Pra mim a integração dos funcionários foi muito importante, o acolhimento né, que nós não tínhamos nos postos de saúde, no Hospital. Isso ajudou muito nós como recepcionista, para dar informações, aos pacientes, que muitas vezes não tinha, como nós passarmos pra eles como funcionava cada unidade, ou mesmo o atendimento no hospital.

Entrevista 7: Bom [...] a atendimento do hospital e das unidades melhorou muito, onde nós agora temos um acolhedor em cada unidade de saúde, inclusive no hospital, que agiliza o atendimento a população. Estamos desenvolvendo também a classificação de risco, que antes não tinha pra agilizar o atendimento a população, e a equipe também ficou mais unida e motivada, onde depois da capacitação formamos uma rede interligada mais ágil e mais compromissada com a população. Onde temos novos projetos que desenvolvemos nas unidades de saúde, como o natal solidário que tem no assentamento, e temos o atendimento multidisciplinar para o envelhecimento saudável.

Entrevista 8: Hoje trabalhamos melhor em equipe, temos a integração entre equipes, dentro da Rede de Saúde, praticamos o atendimento humanizado aos pacientes, e também foi possível com a política de humanização, melhorar a conscientização, e fazer uma sensibilização dos gestores.

Entrevista 9: Com essa aproximação que houve entre as coordenações, os gestores e os trabalhadores, isso facilitou a troca de conhecimentos e de experiência, o que fortaleceu a Rede de Saúde, por que a gente ouviu todas as partes envolvidas, até mesmo os usuários, né? Eles apontaram algumas necessidades de mudança, de alguns serviços, de atendimento, e isso facilitou e otimizou os atendimentos nas Unidades de Saúde.

Entrevista 10: Houve mais ações realizadas, como o acolhimento na porta de entrada, houve melhora na organização do fluxo, e conhecimento da população.

Entrevista 11: Então [...] o Programa de Humanização veio para mostrar que o atendimento ao usuário deve ser muito mais complexo e completo, ou seja, hoje em dia se dá muita importância para o paciente em si, e suas necessidades. Quando um paciente chega, em um ESF ou Hospital, existe uma pessoa específica para atendê-lo, isso faz com que a pessoa se sinta valorizada, tem alguém que se importe com ele. O acolhedor, ele vai de encontro com o usuário para lhe dar as informações necessárias, mas tratando-os com carinho e paciência. E o serviço ficou mais ágil também.

As entrevistas demonstram que a implantação do programa de Humanização no município de Nova Alvorada do Sul, não somente alterou as práticas de saúde, mas também novos olhares para dimensão subjetiva dos sujeitos. Também modificaram as formas de comunicação tornando-as mais fortes, ao estabelecer vínculos com os colegas de trabalho e com a comunidade. Segundo Batistella (2007) o planejamento coletivo, mas principalmente participativo fortalece o conhecimento técnico, reforça o amadurecimento político porque, ao construir coletivamente qualquer ação, o sujeito reconhece a sua história e dos outros, reconhece os problemas comuns e sabem quais as potencialidades locais. Cria-se então, um encontro de saberes forjando ações de intervenção que alteram as práticas excludentes.

O objetivo das entrevistas é desvendar o antes e o depois da implantação da política de humanização, no município, além de saber quais os resultados efetivos dessa política na vida desses trabalhadores, a partir das possibilidades em aprender e ensinar, coletivamente. Para tanto foi solicitado que respondessem: “Como você agia antes como profissional de saúde pública, e o que mudou em você depois do programa de humanização?”

Entrevista 1: Cumpria-se metas, visitas, números. Hoje se faz o acolhimento, acompanhamento e a humanização.

Entrevista 2: Eu acho que houve mais harmonia, companheirismo, dedicação, alegria em poder ajudar outras pessoas, e poder ver a gratidão e o reconhecimento do usuário.

Entrevista 3: Bom [...] como eu agia antes seria, como [...] restringindo a tudo. Ou seja, quando eu entrei pra trabalhar no Hospital eu tomava conta de tudo, depois das capacitações, o que aconteceu? A gente começou a delegar funções, e o hospital passou funcionar melhor do que já estava. Ou seja, tomamos decisões em conjunto.

Entrevista 4: Bom [...] após o programa eu compreendi que no campo da saúde, todos os trabalhadores são também gestores, de alguma forma, cada um na sua esfera de poder é claro, mas também são gestores. Todos são corresponsáveis na construção de uma saúde de qualidade. Sendo assim, consegui aprender que um dos segredos pra se administrar os problemas em saúde, é compartilhá-los com a equipe, dividindo não somente as responsabilidades, mas também as conquistas.

Entrevista 5: Quando comecei a trabalhar já existia o programa de humanização, através dos cursos de capacitação, aprendi que devemos nos colocar no lugar dos nossos pacientes, pois quando nos procuram já estão com problemas, um bom acolhimento é essencial.

Entrevista 6: Olha, eu não sabia como funcionava a Rede. Aí após eu fazer todos esses cursos, pra mim foi muito bom pois eu [...] conheci né [...] como que funciona, como dar informações aos pacientes, e tudo isso melhorou pra mim a minha autoestima, também, como funcionária.

Entrevista 7: Bom, quando nós saímos da faculdade, nós temos um entendimento muito superficial do que é a humanização, e quando você age na prática, e se depara com a realidade, é totalmente diferente. O programa de humanização, ele uniu mais todos os profissionais de saúde que atendem a população, aqui do município, onde agora trabalhamos realmente interligados com uma rede de saúde. Passei a ter mais paciência, entender melhor as pessoas, as dificuldades, a lidar melhor com as adversidades do dia a dia, e também a rotina do meu serviço, tornando cada vez mais ágil e resolutivo.

Entrevista 8: Eu sempre busquei prestar um atendimento resolutivo e satisfatório, mas com a humanização, ela me trouxe uma postura mais abrangente, como profissional. A integração com as diferentes equipes foi mais intensificada, e eu consegui me enxergar melhor dentro da Rede. Isso pra mim trouxe um comprometimento maior com aquele princípio de integralidade do atendimento na saúde.

Entrevista 9: Bom, trabalhávamos assim, visando cumprir metas, e não nos preocupávamos muito com os resultados alcançados junto aos usuários. Hoje, nosso pensamento mudou. Primeiramente, a gente pensa no usuário, pra depois programarmos as ações que a gente vai desenvolver.

Entrevista 10: Mudou o lado humano, com mais conhecimento acrescentado.

Entrevista 11: Antes, o que prevalecia, era o cumprimento de metas, ou seja, a gente se preocupava muito em cumprir a meta de visitas né? E o programa ele veio pra mostrar que o acolhimento ele deve ser feito também nas residências, onde chego para fazer as visitas, não só nos locais prestadores de serviço. Devemos ouvir com mais atenção e tentar analisar a situação de cada família de acordo com o que vemos e ouvimos.

De acordo com a fala dos entrevistados, cada qual com suas especificidades e singularidades na produção de saúde, a proposta da Política Nacional de Humanização foi efetivada a partir das práticas de gestão, mas principalmente pedagógicas onde foram incluídos, no processo de educação permanente, os “diferentes sujeitos”, neste caso os trabalhadores, de Nova Alvorada do Sul, que participaram de todos os processos de planejamento e de formação. Humanizar práticas de gestão (BRASIL, 2010), significa “a indissociabilidade entre gestão e cuidado, a transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e o fomento do protagonismo das pessoas” (BRASIL, 2010).

Ao participarem de todos os processos de educação permanente propostos pela Prefeitura de Nova Alvorada do Sul, os trabalhadores se vêm “diferentes” ou “melhores”, como seres humanos e profissionais. Observa-se a autoestima elevada, a escuta qualificada. Os trabalhadores entrevistados ampliaram a rede de comunicação entre os serviços de saúde e comunidade, além de alterarem, também, as condições de trabalho superando a simples

transmissão de conhecimentos e técnicas, quando assumem que, anterior ao processo de humanização implementado pela rede de saúde, eles apenas “cumpram metas”.

Quando esses trabalhadores discutem a melhoria no processo de integração entre as equipes fica evidente que o processo de formação também possibilitou a conexão entre a formação técnico - científico e a gestão, sobretudo mudanças significativas na forma de pensar, de lidar com conflitos, “ampliando processos de grupalidade e, conseqüentemente, alterando atitudes e produzindo as condições para a superação de problemas e desafios do cotidiano do trabalho em saúde” (BRASIL, 2010).

Ao afirmarem que o PNH foi importante para sua vida profissional e pessoal, o “mudar o lado humano” citado por um dos entrevistados, significa “construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (ANGNES; BELLINI, 2006, p. 16). Neste sentido, humanizar não tem a conotação apenas de cuidar e acolher, mas sim enriquecer a essência humana e suas subjetividades em qualquer etapa da vida de qualquer indivíduo - trabalhadores ou usuários, através do compromisso ético com o ser humano, onde os sujeitos se constroem coletivamente. Enfatizando a pesquisa os trabalhadores são os protagonistas dessa construção.

“Você participa das atividades, conselhos, comissões, conferências, planos, da rede de saúde do SUS?”. Essa foi mais uma, dentre várias perguntas que compõe o corpo da entrevista. Entretanto, neste quesito há uma relação contraditória entre o que os entrevistados apresentaram fortalecendo o processo de participação e o que de fato acontece. Dos 11 entrevistados, 1 já teve participação anterior; 6 não participam dos itens solicitados pela pergunta, destes, 4 alegam que não foram convidados, 1 não aceitou quando houve o convite, e 1 alega não haver divulgação, portanto não fica sabendo das atividades; 4 participam efetivamente das ações, entretanto consideram que entre o Conselho Municipal de Saúde e as Unidades deveria haver mais dialogo, além de maior participação do Conselho no processo de gestão do SUS, no município.

Entrevista 1: Não. Ainda não fui convidada.

Entrevista 2: Não. Por quê? Não tem divulgação né? Não ficamos sabendo nem quando tem reunião.

Entrevista 3: Eu sou titular gestor. Como funcionário do Conselho Gestor, dentre as reuniões que a gente fez lá, eu achei que o Conselho Municipal de Saúde não funciona, assim, em sua integralidade. Eu acho que tinha que haver uma maior comunicação entre o Conselho e os postos de saúde, os

ESF. Ou seja, o Conselho tem que ser um pouco mais presente na atuação da saúde no município.

Entrevista 4: Bom [...] atualmente eu tenho exercido a função de membro do segmento gestor. No entanto a participação ativa, no processo de gestão da saúde, do Conselho, é ainda um pouco tímida, mas o conselho tem sido muito importante, principalmente com relação a divulgação das ações de saúde, de uma forma geral.

Entrevista 5: Não. Por que ainda não tive oportunidade.

Entrevista 6: Eu fui convidada, mas eu não aceitei, eu não quis.

Entrevista 7: Bom, eu participei da organização da última Conferência Municipal de Saúde, que nós fizemos em parceria, toda a Secretaria de Saúde. E acho que foi muito boa, que serviu pra população se integrar mais, e participar ativamente das melhorias em saúde, na minha opinião.

Entrevista 8: Sim, eu participo do Comitê de Álcool e Drogas, da Secretaria de Assistência Social, como suplente do representante da Secretaria Municipal de Saúde. Participo também do Comitê de Mortalidade, como membro do Grupo de Trabalho em Humanização como secretária; e na Conferência Municipal de Saúde eu participei da organização.

Entrevista 9: Sim. Dentro da Rede do SUS eu participo no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Eu faço a coordenação dos projetos de humanização.

Entrevista 10: Não. Nunca houve convite.

Entrevista 11: Não. Já participei do Conselho Municipal de Saúde, mas atualmente não participo mais.

Quando se trata da participação efetiva de ações, processos, atividades, os “sujeitos da ação” ou “atores sociais” neste caso, os trabalhadores nem sempre se sentem como parte do processo, que segundo Campos (2000) “os conceitos de ‘ator social’” ou de “sujeito histórico” pressupõem a existência ou a construção de um “projeto de organização social” que nem sempre encontramos entre as pessoas que participam da política e da gestão e que trabalham com alguma finalidade. Para essa relação, Michel Foucault (1995), citado por Campos (2006) define que:

O exercício do poder e da dominação não se daria apenas por meio da ocupação das funções de governo do Estado ou das organizações da sociedade civil, mas também por meio de redes descentralizadas de poder, advindas da organização hierarquizada destas estruturas, mas também do controle social exercido por instituições que modelam o comportamento humano ao produzirem *epistèmes* (discursos estruturados). Igrejas, escolas, imprensa, mídia, hospitais, família, em todas estas instituições ou organizações há redes de poder, produzindo dominação e resistência (CAMPOS, 2006, p. 45).



Para tanto, o “trabalhar em equipe”, participar de movimentos sociais, de Conselhos ou fazer parte de instituições como trabalhador, usuário, aluno, ou qualquer outra condição, todas são situações em que, obrigatoriamente o sujeito está condicionado a fazer política, entretanto, grande parte dos entrevistados não apresentam um grau de consciência política e social mais elaborada,

Nessa perspectiva do “fazer política”, ao perguntar “Você conhece todos os serviços oferecidos pela rede de saúde do seu município?” e a solicitação de “avaliar” os serviços 100% dos entrevistados respondeu, afirmativamente, que conheciam e avaliaram que um dos itens mais importantes no processo de mudança foi a comunicação entre os serviços demonstrando que, mesmo fazendo parte do órgão que opera a saúde pública e colaborando com o processo de construção da gestão da saúde de seu município, não se sentem pertencentes de todas as ações que transformaram a saúde, em Nova Alvorada do Sul.

Entrevista 1: Melhorou com a comunicação entre os serviços e equipes, para melhor ajudar a população, facilitando o atendimento.

Entrevista 2: São bons os serviços, mas ainda não abrange toda a população. A nossa demanda é muito grande, e cada dia cresce mais.

Entrevista 3: Não conheço as particularidades de cada um deles.

Entrevista 4: São serviços bons. Apesar da demanda crescente que existem em nosso município, nós estamos conseguindo sanar a necessidade da população.

Entrevista 5: Principalmente o da unidade em que eu trabalho, com certeza os que são oferecidos são excelentes.

Entrevista 6: Para mim [...] temos um bom atendimento, né, nos potinhos, no hospital. Como nosso atendimento no hospital é diferenciado, nós temos raios X, ortopedia, o cirurgião geral. E esse atendimento ajuda, para que os pacientes não precisem sair se deslocando daqui para Campo Grande né, pra ir até a capital, para procurar esse tipo de atendimento.

Entrevista 7: Bom, eu acho que todos eles funcionam bem, e mesmo tendo aumentado muito a nossa demanda, principalmente por ser uma zona de transição, então tem muita gente que vem de fora, a gente tem conseguido atender essa demanda, e atender todo o atendimento e, pra manter a melhor qualidade possível do atendimento.

Entrevista 8: A rede de saúde, aqui em Nova Alvorada do Sul, ela está na minha opinião muito bem estruturada, e hoje, podemos dizer que formamos uma rede de cuidado. Estamos focados no bem estar do usuário, e temos profissionais comprometidos. A humanização veio somar no sentido de integrar ainda mais essas equipes, visando um atendimento que esteja preocupado com a qualidade do serviço, e não só com a qualidade.

Entrevista 9: Dentro dessa realidade desse município pequeno, que é o nosso aqui, eu acho que os serviços, hoje, são muito bem organizados né, isso faz com que a cada dia, melhore a qualidade no atendimento, e o fortalecimento da Rede mesmo.

Entrevista 10: Melhor a qualidade, a organização.

Entrevista 11: Na medida do possível, os serviços prestados são de qualidade, dando-se a devida importância de acordo com as necessidades de cada usuário, avaliando-o mesmo como um todo.

Isso demonstra que, nem sempre aquilo que os trabalhadores executam em conjunto desenvolve, em cada um deles, o sentimento de pertencimento porque o poder público ainda não conseguiu estabelecer um vínculo com esses trabalhadores, de forma que os mesmos se sentissem parte do processo. Para Bauman (2003 *apud* PORCHEDDU, 2009, p. 679-680) a

[...] outorga dos poderes aos cidadãos requer a capacidade de fazer escolhas e de agir eficazmente com base nas escolhas feitas, mas requer também a construção e a reconstrução de vínculos interpessoais, a vontade e a capacidade de empenhar-se continuamente junto com os outros para criar uma convivência humana em um ambiente hospitaleiro e amigável: e, ainda, exige uma cooperação entre os homens e as mulheres na luta pela autoestima, voltada para o enriquecimento recíproco, para o desenvolvimento das potencialidades dos diversos sujeitos e para o desfrute adequado das suas capacidades. Em resumo, um dos desafios decisivos da educação permanente para a 'outorga de poderes' está ligado à reconstrução do espaço público hoje cada vez mais desabitado, onde homens e mulheres possam empenhar-se em uma realização contínua dos interesses, dos direitos e dos deveres individuais e comunitários, privados e públicos.

Neste caso, a educação permanente também deve proporcionar aos trabalhadores a capacidade de fazer escolhas e sentirem-se seguros de si e confiança no trabalho que desenvolvem. Nesse sentido é especialmente importante discorrer sobre o conceito de educação permanente e educação continuada. Os termos, embora não sendo opostos recebem ampla defesa de estudiosos como Motta (1998), que acredita ser a educação permanente um instrumento que permita reestruturar os serviços de saúde a partir da mudança de valores e de conceito dos trabalhadores, colocando-os como atores do processo ensino-aprendizagem. E Ricas (1994), a educação continuada tem seu foco nas atividades de ensino de pós-graduação para aquisição de novos conhecimentos na área em que trabalha.

[...] ao se falar de processos de educação permanente ou continuada, é preciso ter clareza que alguns caminhos precisam ser percorridos: distinções conceituais; relação num mesmo sistema das demandas originadas a partir dos mecanismos de educação continuada e de educação permanente; a organização

do trabalho em saúde e os “hábitos institucionais” enquanto culturas que impregnam as dinâmicas das Instituições; os conflitos gerados no interior das relações de trabalho etc. Não perdendo de vista que a implantação e implementação desses sistemas se dão num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo um vácuo na formação das profissões de saúde, o que impõem a urgência na reformulação dos modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional (MOTTA, 2001, s/p.).

Na perspectiva de um “SUS que dá certo” cabe aos seus profissionais, como tarefa política, desvendá-lo. Desvendar ou divulgar a necessidade de mudanças nas práticas de gestão e de atenção, mas, sobretudo, em superar os desafios cotidianos, sempre presentes na organização e funcionamento dos serviços de saúde. É preciso assumir o Sistema Único de Saúde como uma política pública inclusiva e de qualidade.

Desse modo, ao perguntar aos entrevistados “O que você considera importante para melhorar os serviços de saúde no seu município?”, a maioria dos trabalhadores considera a continuidade das capacitações como um elemento relevante para a melhoria dos serviços, mas sempre mencionando a necessidade de melhorar as condições físicas do local de trabalho e de divulgação, pelos gestores, sobre o serviço desempenhado por eles, como forma de reconhecimento ou valorização desse profissional.

Entrevista 1: Mais oficinas com as equipes, para melhor atender a comunidade, trazendo o renovo e lembrando as capacitações anteriores, e trazendo uma melhor convivência entre as equipes.

Entrevista 2: Mais dedicação dos funcionários antigos. Agirem com mais amor, e não pensarem no funcionário e sim no ser humano.

Entrevista 3: Eu acho que nos postos de saúde, nos ESF's deve haver uma demanda livre no atendimento dos pacientes que lá chegarem. Que sobrecarrega demais o Hospital Municipal.

Entrevista 4: Eu considero importante a manutenção de uma gestão participativa entre gestores e colaboradores, a adoção de instrumentos que possibilitem a divulgação de como funciona e de como está organizada a rede municipal de saúde, bem como a divulgação das ações em saúde, aperfeiçoamento de métodos que estimulem a participação popular na gestão do SUS. Ampliar o número de unidades de saúde da família para adequar a relação de oferta e demanda [...] e também um ponto muito importante seria a criação do plano de cargos e carreiras na saúde, para valorizar ainda mais o profissional da área da saúde, e estimular o crescimento profissional dos trabalhadores em saúde.

Entrevista 5: Acho que somos privilegiados com o sistema de saúde de Nova Alvorada do Sul, mas acredito que quanto mais investirmos nos cursos de capacitações, mais atingiremos metas importantes.

Entrevista 6: Falta mais informações para a população, né [...] ao serviço que nós prestamos.

Entrevista 7: Bom, eu acho que é muito importante o processo de educação permanente, para todos profissionais que atendem essa população, pra qualificar cada vez mais o atendimento, se tornando aprimorado e cada vez mais resolutivo. E, além disso, na questão da gestão aumentar a estrutura física de atendimento à população, pra assim continuarmos crescendo a prestação de um atendimento de qualidade.

Entrevista 8: Eu acho importante colocar em prática toda a teoria que recebemos durante todos esses meses, em se tratando da humanização, sem perder a motivação que nós, profissionais, recebemos durante os treinamentos. Também acho importante que seja feita uma gestão técnica, dos recursos recebidos pela saúde. E também procurar manter as equipes técnicas que foram capacitadas. Trocar os funcionários de uma mesma equipe, por funcionários que ainda não receberam treinamento, atrapalha muito o equilíbrio da unidade. Profissionais novos, que não têm experiência, que não foram capacitados, para se integrarem demoram um tempo maior, e isso acaba atrapalhando o funcionamento.

Entrevista 9: Dar continuidade né, esses projetos já implantados, e criar novos projetos, conforme forem se apresentando as necessidades da Rede. Por que Nova Alvorada do Sul é um município em franco crescimento, sabe? Isso causa um frequente aumento da demanda.

Entrevista 10: Considero o comprometimento das pessoas e a responsabilidade dos profissionais.

Entrevista 11: É muito importante que continue, e que melhore cada vez mais.

Para esses profissionais, a humanização tem relação direta com reconhecimento do seu trabalho, com a ambiência, com a participação mais efetiva na gestão da saúde do seu município.

Valorizar toma duas direções centrais: democratizar as relações de trabalho, o que se faz substantivamente pela inclusão dos trabalhadores nos processos de gestão; e enfrentar temas fundamentais referentes às condições concretas de trabalho, como a sub-remuneração, as relações contratuais/formais precarizadas e injustas de trabalho, a ambiência degradada, as condições de trabalho que interferem negativamente na produção de saúde dos que cuidam (BRASIL, 2010, p. 65).

Faz-se necessário, que as mudanças propostas pelo município de Nova Alvorada do Sul sejam forjadas a partir de diretrizes bem estruturadas, com orientações técnicas, mas também políticas pensando em uma gestão participativa. Por esse viés, a PNH define cinco

diretrizes centrais que orientam as ações dos gestores, nos serviços de saúde: o acolhimento, a gestão democrática, a clínica ampliada, a valorização do trabalho, e a garantia dos direitos dos usuários. Essas diretrizes definem rumos a serem tomados para “alterar a dinâmica de organização do trabalho, permitindo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar” (BRASIL, 2010, p. 67).

“Tem aspirações profissionais dentro da Rede de Saúde atual? Cite”. Esse é o último quesito respondido pelos entrevistados. Sobre a questão em pauta, a maioria afirma a necessidade de continuidade das oficinas e de cursos de qualificação profissional, entretanto, aparece um desejo importante: a criação de lei que organize e regule a sua carreira profissional: o Plano de Cargos e Carreira, ou seja, sem esse dispositivo legal para os profissionais há um vazio entre a relação do seu trabalho e a valorização deste.

Entrevista 1: Sim. Cursos profissionalizantes na área em que atuo, para melhor atender a minha comunidade.

Entrevista 2: Sim. Gostaria que mantivesse os cursos, as oficinas de capacitação, que eram muito proveitosas para nós, como Agente de Saúde.

Entrevista 3: Melhorar ainda mais a qualidade e o atendimento no Hospital, por que é o local onde eu trabalho né?

Entrevista 4: Tenho, sim. Continuar ajudando a desenvolver o trabalho, participando da equipe, continuar tentando implementar os princípios e diretrizes da PNH.

Entrevista 5: Ainda não temos um plano de cargos e carreira, mas os cursos de capacitação são sempre bem vindos.

Entrevista 6: Sim, e [...] melhorar minha função, e fazer novos cursos também

Entrevista 7: Bom, na verdade eu acho que a posição que eu ocupo já é a que eu sempre desejei. Então como aspiração eu teria mais se tivesse o plano de cargos e carreiras. Tenho também aspirações para frequentar a parte dos cursos de capacitação, eu acho que tem fundamental importância pro aprimoramento profissional.

Entrevista 8: Eu tenho. Eu tenho aspirações em melhorar o meu serviço como nutricionista mesmo. Cursos, capacitações, são sempre bem vindos e proveitosos. Trabalhar com saúde exige de nós, profissionais, um dinamismo muito grande, e isso só é possível de ser feito se a gente tiver muito treinamento e reflexão.

Entrevista 9: As aspirações são de melhoria no cargo e função. Gostaria de me capacitar cada vez mais, para melhorar a qualidade dos serviços prestados aqui dentro da Rede.

Entrevista 10: Sim. Ser Secretária de Saúde e fazer mais cursos de capacitação.

Entrevista 11: Gostaria que as capacitações e as oficinas continuassem.

Para aqueles que demonstram o desejo de mais capacitações, como as realizadas no Município, o que importa, de fato, é a relação como co-partícipes do processo de construção da Política Municipal de Humanização. Todos os profissionais, além da contribuição para a elaboração da proposta, se construíram enquanto sujeitos produzindo responsabilidade pessoal e co-responsabilidade na produção dos saberes.

Desse modo, a Humanização em saúde somente é possível quando há uma mudança nas estruturas sociais, ou seja, mudança de comportamento, modos de pensar a forma de trabalhar e se relacionar. Depende muito mais de mudanças pessoais que enfatiza a defesa da vida para além de apenas transformar o trabalho e o seu espaço, em espaços ou processos produtivos, mas que sejam criativos, que deem prazer e fortaleçam os vínculos entre aqueles que participam da estrutura da saúde: todos os Seres que dependam do Sistema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A missão dos serviços de saúde não está apenas na capacidade de diminuir a intensidade dos problemas a que as pessoas estão sujeitas, mas principalmente efetivar os trabalhos em saúde para possibilitar o aumento da qualidade de vida - individual e coletivo - proporcionando autonomia dos indivíduos, através da construção de “novos sujeitos” que possam estar mais qualificados no enfrentamento dos seus problemas. O “acolher” em saúde significa ouvir, trocar informações, dar respostas aos problemas apresentados.

Torna-se fundamental que a luta constante pela efetiva implantação do SUS deva caminhar atrelada ao acesso universal, à equidade e à organização dos serviços a partir da lógica centrada nos usuários do Sistema, de forma a minimizar os sofrimentos, prevenir a doença e proteger o cidadão. Pensar uma saúde que pautar a defesa da vida.

Os serviços de saúde devem se organizar a partir da compreensão do adequado fluxo e do acesso aos usuários facilitado por um pacto interno de gestão, tratando-se, pois, de um processo de construção de uma política já constituída focada na formação e na discussão de novas posturas e propostas de trabalho.

A partir da necessidade de novas estratégias de desenvolvimento, em determinado local, o trabalho organizado deve passar por adaptações e inovações nas práticas e serviços de saúde visando novas formas de valorização e de participação da sua população como algo que não está contido nas teorias tradicionais do desenvolvimento.

Também é preciso desconstruir a cultura da doença que programa o ser humano para a morte. A humanização em saúde eleva seus profissionais e usuários a criar uma cultura para a vida, em toda sua plenitude, que é também um dispositivo para a liberdade.

O “fazer coletivo” demanda também vontade política dos gestores em pensar um SUS “que dá certo” quebrando todos os paradigmas negativos e de interesses privados desde a implantação do SUS, até a atualidade. O maior desafio do Sistema Único de Saúde, nesta análise, é político. Não é possível resolver questões de financiamento, desigualdades no

atendimento, dificuldade de acesso apenas tecnicamente. Faz-se necessário garantir ao SUS uma efetividade política, tecnológica, econômica, científica, cultural e social onde estejam envolvidos todos os atores sociais: usuários, trabalhadores, gestores e sociedade.

Importa reforçar que este trabalho não está de forma alguma fechado. Ficam alternativas para pesquisas, sobre novos olhares abrindo importante caminho para a socialização de experiências de implantação da política de humanização e de educação permanente no Sistema Único de Saúde, nos lugares aparentemente distantes, mas com pessoas capazes de alterar as relações para melhoria da qualidade de vida e de trabalho.



## REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. Histórias dentro da História. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2005.

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

ANDRADE, Elizabeth Nogueira de; ANDRADE, Edson de Oliveira. O SUS e o direito à saúde do brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, p. 61-74, 2010.

ANGNES, Décio Ignácio; BELLINI, Maria Isabel. Política de humanização da assistência à saúde/RS: trajetória e consolidação. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, Jul./Dez. 2006.

ANTONI, C. *et al.* Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 53, n. 2, p. 38-53, 2001.

ARCHANJO, Juliana Valadão Leite; BARROS, Maria Elizabeth Barros de Barros. Política nacional de humanização: desafios de se construir uma “política dispositivo”. In: XV Encontro Nacional da ABRAPSO, realizado nos dias 30 de outubro a 2 de novembro, Maceió, 2009. Disponível em: <[http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original\\_Nara\\_Elizia\\_Souza\\_de\\_Oliveira.pdf](http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original_Nara_Elizia_Souza_de_Oliveira.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

ÁVILA, Vicente Fideles de. Pressupostos para formação educacional em desenvolvimento local. **Interações** - Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Campo Grande: v.1, n.1, 81 p., set., 2000.

AZEVEDO, F. A. **As ligas camponesas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2005.

BAHIA, Ligia; SALM, Claudio; MALTA, Maria Mello de. **A participação social e a construção do SUS**: Anotações sobre as trajetórias dos movimentos sociais, e proposições acerca dos conselhos e conferências de saúde. Disponível em: <<http://www.leps.ufrj.br/gestops/APartSocialeConstSUS.html>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

BARBOSA, Grace Jacqueline Aquiles; AZEVEDO, Mário Luiz Neves de. **Saúde coletiva**: a formação de um campo sob a perspectiva metodológica de Pierre Bourdieu. Seminário de Pesquisa do PPE. Universidade Estadual de Maringá, 8 e 9 de Junho de 2009.

VÁZQUEZ BARQUERO, A. **Desenvolvimento endógeno em tempos de globalização**. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 2001.

BATISTELLA, Carlos Fonseca. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

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

BERTALANFFY, Ludwig Von. Teoria geral dos sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Tradução de Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 2008.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf.**, USP, v.30, nº 3, p. 380-98, dez., 1996.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano - compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4.ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Anual de Capacitação - PAC**. Série F: Comunicação e Educação em Saúde: Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanizasus**: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional Humanização, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. R\$SUS. Política de recursos para o SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da VII Conferência Nacional de Saúde 1980**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde 1987**.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, editora Hucitec; 2000.

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: MINAYO, C. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

\_\_\_\_\_. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARAMELO, João Carlos Pereira. **Educação e desenvolvimento comunitário num processo de transição autogestionário**. 2009. 650 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) - Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, Portugal, 2009. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22341/2/65028.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

CARVALHO, Nilson Maestri. **Os territórios da saúde e a saúde dos territórios**: discutindo o processo de territorialização em saúde a partir do caso de um serviço de atenção primária em Porto Alegre, RS. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), v. 9, nº 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Declaração de Alma-Ata 1978**. Brasília: Edição Especial: Municípios Saudáveis, agosto, 1998.

CORADINI, Odaci Luiz. A Formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 3-22, jan.-jun., 2005.

COSTA, Marco Antonio F da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. **Metodologia da pesquisa** - conceitos e técnicas. Rio de Janeiro: Interciência, 2001.

DAVINI, M.C. Práticas Laborales em los servicios de salud: las condiciones Del Aprendizaje. In: **Educación Permanente de Personal de Salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100. Organización Panamericana de La Salud, EUA, 1994.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.), **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**. Trad. Elisa Monteiro. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. II, 2008.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários á prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GLOBEKNER, Osmir Antonio. **A saúde entre o público e o privado**: a questão da equidade no acesso social aos recursos sanitários escassos. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direito Público) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10729/1/Osmir%20Globekner.pdf>>. Acesso em: 5 maio, 2012.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 2004.

GONÇALVES, C. C. M. **Cidade saudável** - estratégia de desenvolvimento local em Campo Grande-MS. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C (Eds.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1971.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 2011, 2012, 2013.

IFDM. Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal. Município de Nova Alvorada do Sul. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

ITURRA, Raul. **O processo educativo**: ensino ou aprendizagem. Disponível em: <<http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC1/Iturra.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2011.

KIKCBUSH I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: **OPS**. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ., p. 15-24, 1996 (Publicación Científica, 55).

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KOSSOY, Boris. **Fotografia e história**. 2.ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001

KROPF, Simone Petraglia; LIMA, Nísia Trindade. **Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1989.

LAURELL, A. C (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LAURELL, A. C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. In: **Taller Latinoamericano de Medicina Social**. Medellín: Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 1987.

LE BOURLEGAT, C.A. *Desenvolvimento local na abordagem territorial do sistema-mundo*. In: TREMBLAY, Gaetan; VIEIRA, Paulo Freire (Orgs.). **O papel da universidade no desenvolvimento local**: experiências brasileiras e canadenses. Florianópolis; Secco, 2011. p. 107-122.

LÉCUYER, Bernad P. 'L'Hygiene en France avant Pasteur 1750-1850'. In: Claire Salomont-Bayet Pasteur et la Révolution Pastorienne. Paris: Payot, 1986.

BAHIA, Ligia Bahia; SALM, Cláudio Salm; MALTA, Maria Mello de. **A participação social e a construção do SUS**: Anotações sobre as trajetórias dos movimentos sociais, e

proposições acerca dos conselhos e conferências de saúde. Disponível em: <<http://www.leps.ufrj.br/gestaops/APartSocialConstSUS.html>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

LLORENZ, Francisco Albuquerque. *Innovación, transferencia de conocimientos y desarrollo económico territorial: una política pendiente*. **Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura** CLXXXIV 732 julio-agosto, 2008.

LUCCI, Elian Alabi. **A educação no contexto da globalização**. Disponível em: <<http://www.hotopos.com/mirandum/globali.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2011.

MARQUES, Heitor Romero *et al.* **Metodologia da pesquisa e do trabalho científico**. Campo Grande: UCDB, 2008.

MASSAROLI, Aline; SAUPE, Rosita. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde**. 2005. Disponível em: <<http://abennacional.org.br>>. Acesso em: 2 jun. 2012 .

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Educação Permanente em Saúde**. Plano Estadual de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: SES, 2011. Disponível em: <<http://www.esp.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=96998>>. Acesso em: 8 jul. 2012.

MAXIMINIANO, Antonio César Amaru. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MENDES, R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos de participativos: os casos de Jundiá e Maceió**. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico *et al.* Avaliação pedagógica nos cursos do Pólo de Educação Permanente da Grande São Paulo: fragilidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p. 336-344, jul./set., 2007.

MORAES, A.C.R. **Geografia: pequena história crítica**. 20.ed. São Paulo: Annablume, 2005.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, v. 8, nº, set./dez., 2001. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação permanente em saúde: da política do consenso a construção do dissenso**. 1998. 227p. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) - Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.

MULS, Leonardo Marco. Desenvolvimento local, espaço e território: o conceito de capital social e a importância da formação de redes entre organismos e instituições locais. **Revista Economia**, janeiro/abril, 2008.

NOVA ALVORADA DO SUL (município). **Política municipal de humanização**. Nova Alvorada do Sul: Secretaria de Saúde. Prefeitura Municipal de Nova Alvorada do Sul. Gestão: Arlei Barbosa. NAS/MS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Implantação da política de humanização e educação permanente** Relatório De Consultoria. Nova Alvorada do Sul, Gestão: 2009, 2010, 2011.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. [online]. 1994, v.3, n.2, p. 5-21. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/02.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 14, nº 2, p. 277-284, 2005.

OLIVEIRA, Francisco de. Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local? **Pólis**, São Paulo - Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001. 40p.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, Jairnilson *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online], 9 May, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago., São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

PAULUS, Aylton; CORDONI, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina-PR, p. 13-19, 2006.

PECQUEUR, B. **Le développement local: pour une économie des territoires**. 2.ed. Paris: Syros, 2000.

PEDROSO, R.T; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl.I, p.695-700, 2009.

PICOLOTTO, Everton Lazzaretti. Movimentos sociais: abordagens clássicas e contemporâneas. CSOnline. Revista Eletrônica de Ciências Sociais, ano 1, edição 2, novembro, 2007.

PIERANTONI, Célia Regina. A informação para gestão local de recursos humanos da saúde: o sistema de informação e gestão de recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 261-277.

PIRES, Murilo José de Souza; RAMOS, Pedro. O termo modernização conservadora: sua origem e utilização no Brasil. **REN - Revista Econômica do Nordeste**, v. 40, nº 3, Julho-Setembro, 2009.

POLIGNANO Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

PORCHEDDU, Alba. Zygmunt Bauman: entrevista sobre a educação. Desafios pedagógicos e modernidade líquida. Translated by Neide Luzia de Rezende, Marcello Bulgarelli. **Cadernos de Pesquisa** [online], v. 39, n. 137, p. 661-684, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742009000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742009000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 5 jun. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ALVORADA DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Política municipal de humanização de Nova Alvorada do Sul**. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

RANZI, Dinaci Vieira Marques. O respeito à cultura indígena no Hospital Universitário da UFGD - Dourados - Mato Grosso do Sul. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, 2009.

RIBEIRO, Eliana Claudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 39-44, jul., 1996 Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao.rtf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

RIGHI, L. B.; PASCHE, D. F.; AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento**: interconexões, reorientação dos serviços de saúde e desenvolvimento regional. Santo André, SP, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 9 nov. 2012.

RODRIGUES NETO, E. **Saúde promessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROVERE, M. Comentários estimulados por la lectura del artículo “educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário”. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, nº 16, p. 169-171, 2005.

RUMMERT, Sonia Maria. **Educação e identidade dos trabalhadores**: as concepções do capital e do trabalho. São Paulo: Xamã, 2000.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1988.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, R. C. *et al.* **Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico**: preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto Cinaem, III fase - relatório 1999-2000. Pelotas: Cinaem: UFPel, 2000.

SANTOS, Milton. **Natureza do espaço**: técnica e tempo - razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Metamorfoses do espaço habitado**: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. São Paulo: Hucitec, 1988.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. 6 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Elizabete Vieira Matheus da; OLIVEIRA, Marilda Siriani de; SILVA, Sílvia Fernandes da; LIMA, Valéria Vernaschi. **Formação de Profissionais de Saúde**. Publicação do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: CONASEMS, 2008.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas** - Universidade De Taubaté (UNITAU), v. 1, n. 2008.

SILVEIRA, M. M. da. **Política de saúde no Brasil nos últimos 50 anos**. Conferência Pronunciada no Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara Federal, 1979.

SMITH, Robert. **Urbanismo Colonial no Brasil**. II Colóquio de Estudos Luso Brasileiros. São Paulo: mimeo, 1955.

SOUZA, João Carlos de. **Na luta por habitação: a construção de novos valores**. São Paulo: EDUC, 1995.

SOUZA, Adirleide Greice Carmo de; IBRAHIM, Fábio José. Políticas de saúde e sua aplicação no desenvolvimento local amazônico. **PRACS** - Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP Macapá, n. 3, p. 227-229, dez., 2010.

STELLA, R. C. R. Conquistas e desafios. Editorial. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, p.5-6, v.25, n.3, 2001.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; UN, Julio Alberto Wong. Educação popular e saúde - trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS** - Atenção Primária à Saúde, v. 8, n. 1, p. 90-112, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/v8n1.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

TODOROV, Tzvetan. **Nós e os Outros**. A reflexão Francesa sobre a diversidade humana. Trad. Sérgio Goes de Paula. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

TOURAINÉ, Alain. Os movimentos sociais. In: FORACHI, M. M. (Org.) **Sociologia e Sociedade**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 2003.

TOURAINÉ, Alain. Os movimentos sociais. In: FORACCHI, M. M.; MARTINS, J. de S. **Sociologia e sociedade**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1977.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, nº 20, supl. 2: S190-S198, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. - **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

UNESCO. Relatório Mundial da Unesco. **Investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural**. CLT, 2009/WS/9.

VIANA, Andreia Silveira de Assis. Método da Roda na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde no Município de Sobral: um Novo Agir em Gestão de Saúde Pública. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro: CONASEMS, maio, 2005.



VIANA, Rejane Vieira. **A humanização no atendimento**: construindo uma nova cultura. 122f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública - Gestão de Sistemas de serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro 2004.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

VIEIRA, Susana Camargo. Desenvolvimento sustentável: a evolução do conceito. **Revista Jus Navigandi**, 2008.

VICENT, S. P. Educação permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 79-85, 2007.

WHO. Commission on Social and Environmental Determinants of Health: concept paper for discussion, mimeo, 14 de junho de 2004.

#### Sites consultados:

[www.escoladesaude/.../educacaopermanente.pdf](http://www.escoladesaude/.../educacaopermanente.pdf). Acesso em 23/10/2010.

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova\\_Alvorada\\_do\\_Sul](http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Alvorada_do_Sul). Acesso em 02/06/2011

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso 2010, 2011, 2012, 2013.

[www.ses.ms.gov.br](http://www.ses.ms.gov.br). Acesso 2011, 2012, 2013.

[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso 2011, 2012, 2013.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>9</sup>**

**1 TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:**

---

---

---

**2 PESQUISADOR(A)**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**3 ORIENTADOR (A):**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

**4 OBJETIVOS DA PESQUISA:**

---

---

---

**5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE) :**

---

---

---

**6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:**

---

---

---

**7 POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:**

---

---

**8 POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:**

---

---

---

---

<sup>9</sup> O modelo do TCLE é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de se manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na posposta.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- 1 A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- 2 É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- 3 É garantido o anonimato<sup>10</sup>;
- 4 Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- 5 A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, que a referenda e
- 6 O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande-MS \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do (a)

( ) Sujeito da pesquisa

( ) Responsável pelo participante

Meio de contato: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

3) \_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do(a) orientador(a)

<sup>10</sup> Nos casos em que se fizer necessário o uso da voz ou da imagem (incluindo foto) do participante deve-se elaborar documento à parte, concedendo tal autorização.

## APÊNDICE B

### Entrevista Estruturada - Usuários do SUS

#### DESCRIÇÃO DO ENTREVISTADO (A)

**Nome:**

**Idade:**

**Endereço:**

**Profissão:**

**Empregado:** ( ) Sim ( ) Não

**Faixa salarial familiar:**

- |                                 |                         |
|---------------------------------|-------------------------|
| ( ) menos de 1 salário mínimo   | ( ) salário mínimo      |
| ( ) + de 1 salário e 3 salários | ( ) + de 3 a 5 salários |
| ( ) + de 5 a 10 salários        | ( ) mais de 10 salários |

**Nível de escolaridade:**

- |                                 |                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ( ) Ensino Fundamental completo | ( ) Ensino Fundamental incompleto |
| ( ) Ensino Médio completo       | ( ) Ensino Médio incompleto       |
| ( ) Ensino Superior completo    | ( ) Ensino Superior incompleto    |
| ( ) Pós Graduação latu sensu    | ( ) Pós graduação stricto sensu   |
| Em que:                         | ( ) mestrado ( ) doutorado        |

**Qual Unidade de Saúde utiliza:**

1. Como era feito o serviço de saúde em Nova Alvorada do Sul? Acha que houve mudança em relação aos dias atuais? No que?
2. Como você é recebido quando precisa utilizar um serviço de saúde?
  - ( ) **Muito bem.** Nesse caso, qualifique os serviços.
  - ( ) **Razoavelmente bem.** Nesse caso, explique o que está bem e o que lhe parece ter que melhorar.
  - ( ) **Com muita dificuldade.** Nesse caso, explicita quais são as principais dificuldades no acesso ao serviço.
3. Você acredita que conhece todos os serviços que são oferecidos pela Rede de Saúde do seu município?  
Se não conhece, pode informar por quê?
4. Você participa das atividades da Rede de Saúde (conselhos ou outras formas organização em que existe a participação popular)?
  - ( ) **Sim.** Nesse caso, de qual organização participa?
  - ( ) **Não.** Nesse caso, por que não participa?
  - ( ) **Às vezes.** Nesse caso, por que não constantemente?
  - ( ) **Outra resposta.** Nesse caso, explique o posicionamento.

No caso em que participe, quer acrescentar alguma opinião a respeito do funcionamento dessas organizações?

5. O que você considera importante para melhorar os serviços de saúde do seu município?

## APÊNDICE C

### Entrevista Estruturada - Profissionais do SUS

#### CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO (A)

**Nome:**

**Idade:**

**Endereço:**

**Profissão:**

**Função que exerce na Rede de Saúde:**

**Em qual Unidade de Saúde trabalha:**

**Há quanto tempo:** \_\_\_\_\_

**Formação:**

**Nível de escolaridade:**

- |                                                      |                                                                      |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto               |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo       | <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto                     |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo    | <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto                  |
| <input type="checkbox"/> Pós Graduação latu sensu    | <input type="checkbox"/> Pós graduação stricto sensu                 |
| Em que:                                              | <input type="checkbox"/> mestrado <input type="checkbox"/> doutorado |

**Área de formação profissional:**

**Cursos específicos de vinculação com a saúde (citar abaixo):**

1. Como era feito o serviço de saúde em Nova Alvorada do Sul? Acha que houve mudança em relação aos dias atuais? No que?
2. Mais especificamente, que tipo de mudança acha que ocorreu nos serviços de saúde depois do Programa de Humanização?
3. Você conhece todos os serviços que são oferecidos pela Rede de Saúde de seu município?  
☐ **Não.** Nesse caso, pode nos dizer por quê?  
☐ **Sim.** Nesse caso, avalie os serviços que conhece.
4. Você participa das atividades (conselhos, comissões, conferências, planos etc) da Rede de Saúde do Sistema SUS?  
☐ **Não.** Nesse caso, por quê?  
☐ **Sim.** Nesse caso, que função tem exercido? E como avalia os resultados dessas participações na melhoria dos serviços de saúde para a população de Nova Alvorada do Sul?
5. O que você considera importante para melhorar os serviços de saúde do seu município?
6. Como você agia antes como profissional da saúde pública e o que mudou em você depois do Programa de Humanização?
7. Tem aspirações profissionais dentro da Rede de Saúde atual?  
☐ **Não.** Nesse caso, porque?  
☐ **Sim.** Nesse caso, cite abaixo:
  - a. Suas aspirações de melhoria no cargo e ou função
  - b. Suas aspirações em frequentar cursos de capacitação/ formação

## ANEXO

## Carta de apresentação



## CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ao cumprimentá-lo (a) informo que **DINACI VIEIRA MARQUES RANZI** é aluna do Mestrado em Desenvolvimento Local da Universidade Católica Dom Bosco e minha orientanda. Ela está desenvolvendo um projeto de pesquisa, que deverá resultar em sua dissertação para esse mestrado, sobre os serviços de saúde no município de Nova Alvorada do Sul. A escolha do tema a ser pesquisado é fruto da experiência de trabalho já acumulado por ela, através de assessorias e prestações de serviços aos diversos municípios, em Mato Grosso do Sul. Essa experiência proporcionou um olhar mais crítico no que diz respeito à implantação dos serviços e atendimento à saúde, pelos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde-SUS, por meio da pesquisa que agora desenvolve.

Para tanto, necessitamos de sua colaboração para responder ao formulário de entrevista anexa. Ao respondê-lo estará contribuindo para a coleta de dados, que consideramos importante sobre os serviços de saúde, em benefício da melhoria da qualidade de saúde de Nova Alvorada do Sul. Esses dados serão catalogados, organizados e interpretados e farão parte da dissertação dessa pesquisadora. A dissertação, após julgada e aprovada por uma banca de especialistas no assunto, será disponibilizada no site da UCDB (no campo dos Mestrados) a quem possa interessar ([www.ucdb.br/mestrados/desenvolvimentolocal](http://www.ucdb.br/mestrados/desenvolvimentolocal)).

Certa de contar com seu apoio, agradecemos antecipadamente.

Campo Grande, 4 de outubro de 2012

  
CLEONICE ALEXANDRE LE BOURLEGAT

Docente do Mestrado em Desenvolvimento Local

MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - CEP: 79117-900 - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL  
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 - Fone: 55 67 3312-3300 - Fax: 55 67 3312-3301 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)