

NAYARA FORNAZIERI

FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS:  
avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na  
produção de saúde (recorte campo São Paulo)

ASSIS  
2017



NAYARA FORNAZIERI

FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS:  
avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na  
produção de saúde (recorte campo São Paulo)

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

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

Bolsista: CNPq

ASSIS  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

F777f      Fornazieri, Nayara  
Formação em humanização do SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde (recorte campo São Paulo) / Nayara Fornazieri. Assis, 2017.  
119 p. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis  
Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde pública - Brasil.  
3. Humanização na saúde. 4. Saúde pública - Avaliação. I. Título.

CDD 614.0981

---

Nayara Fornazieri

**FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: avaliação dos  
efeitos dos processos de formação de apoiadores  
institucionais na produção de saúde  
(recorte campo São Paulo)**


Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Data da Aprovação: 25/09/2017

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr.  Yasui - UNESP/ASSIS

Membros: Prof. Dr. Ricardo Sparapan Pena - UFF/VOLTA REDONDA

  
Prof. Dra. Liamar Aparecida dos Santos - UNESP/ASSIS

## AGRADECIMENTOS

Início esta seção externalizando minha gratidão e honra por ter iniciado o caminhar acadêmico no câmpus Unesp Assis o qual tenho profundo carinho e admiração pelos mestres e colegas de graduação que por meio de constante trocas contribuíram em minha jornada e formação acadêmica, profissional e pessoal.

Agradeço sincera e imensamente a disponibilidade, dedicação, implicação e militância dos apoiadores que, prontamente retornaram nossa solicitação de encontro. Algumas pessoas, inclusive, viajaram muitos quilômetros no intuito de estar presente no grupo focal, o qual durante o andamento da pesquisa se configurou como importante momento de troca, inclusive de afetos.

Agradeço ao CNPQ pela bolsa concedida.

Ao orientador expresse minha gratidão e profunda admiração.

À banca agradeço imensamente o carinho, o respeito e empenho, e igualmente por, no momento de qualificação deste trabalho, realizar importantíssimos apontamentos e tecer críticas construtivas que enriqueceram o produto final, esta dissertação. Andreia, companheira de vários momentos com quem tive a honra de participar de outros projetos em diferentes momentos acadêmicos. Cristina Amélia, pelo carinho, cuidado e respeito ao realizar importantes contribuições na escrita do trabalho além de apontar e ofertar material que sanaria importantes lacunas presentes no texto. Ricardo, por compartilhar vivências e experiências tão ricas bem como pela excepcional contribuição acadêmica e afetiva.

À minha família e, em especial, minha irmã querida, Ana Júlia, minha avó Lourdes e meu noivo Junior, sempre atentos e disponíveis a oferecer um afago diante de minhas alterações de humor.

Às amigas queridas e especiais que de alguma forma (fisicamente próxima ou distante) estiveram presentes em momentos importantes nesse caminhar. Amabile, que por vezes me mandou mensagens com o singelo intuito de me questionar sobre o andamento da escrita. Distantes fisicamente, percorremos a árdua estrada de construir uma dissertação e, por tantas vezes trocamos ideias, sugestões, angústias, alegrias e conquistas. Bárbara, que esteve comigo em diversos momentos. Amiga carinhosa, atenta, sensível e inspiradora. Acompanhou de perto todo o processo de

construção desse trabalho e por vezes me amparou, acalentou e me emprestou um pouco de suas forças até que a tarefa estivesse findada.





FORNAZIERI, Nayara. FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde (recorte campo São Paulo). 2017. 119 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2017.

## RESUMO

O presente trabalho surge da experiência na participação da pesquisa “FORMAÇÃO EM HUMANIZAÇÃO DO SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”, projeto construído em parceria entre as universidades UFSC – Santa Catarina, UFRGS – Rio Grande do Sul e UNESP – São Paulo, realizada entre os anos 2012 a 2014. A presente pesquisa foi construída e pautada com o objetivo de definir e caracterizar as especificidades do campo São Paulo, no que se refere a formação dos apoiadores institucionais, a partir dos seus efeitos na produção de saúde dentro das instituições em que atuam. Para a construção da análise desse trabalho foram consideradas 3 Dimensões Analíticas: Produção de si, Produção de Redes e Produção de Práticas. Eixos norteadores construídos por meio de processo em pesquisa com base metodológica ancorada na denominada “Pesquisa de 4ª geração” a qual pretende-se ser qualitativa, avaliativa, interventiva, formativa e participativa. O processo avaliativo considerou 3 ferramentas como material de análise para a construção das considerações: Planos de Intervenção (confeccionados durante o andamento do curso), questionário eletrônico encaminhado aos apoiadores via e-mail e Grupos Focais (realizados posteriormente à finalização do curso). Os resultados construídos apontam para as dificuldades tais como capacitar apenas alguns apoiadores em cada território, a necessidade de que os atores envolvidos nos processos de atenção à saúde tenham conhecimento sobre o equipamento SUS; o (des)conhecimento referente às alternativas para chegar no espaço e movimento desejado, a tentativa de sistematizar reuniões de equipe, a percepção da necessidade em dialogar com seus pares, com a comunidade e com a gestão do serviço, reconhecendo a necessidade da tríplice inclusão (usuários, trabalhadores e gestão), bem como a percepção de mudanças pessoais ocorridas nos participantes que ainda ressoam nos espaços em que se encontram cada um desses apoiadores e suas ações. Como produto desse processo avaliativo, temos o registro dessa experiência e de possíveis encaminhamentos para ações futuras, visando contribuir para as práticas nos mais diversos espaços de atenção à saúde, possibilitando encontrar pontos importantes de consonância com a prática da construção e efetivação de uma política mais humana, e que atenda às necessidades de trabalhadores, gestores e usuários, na efetivação, disseminação e consolidação do SUS.

Palavras-chave: Formação, Humanização, SUS, Política Nacional de Humanização



FORNAZIERI, Nayara. SUS' HUMANIZATION CONSTRUCTION: evaluation of the effects of training in institutional supporters on health production (São Paulo field experience). 2017. 119p. Dissertation (Masters in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2017.

## **ABSTRACT**

The present work is based on the experience of the participation in the research "SUS's HUMANIZATION: Evaluation's effects of the institutional formation processes supporters in the production of health in the Rio Grande do Sul, Santa Catarina and São Paulo territories", a project built in partnership Between UFSC - Santa Catarina, UFRGS - Rio Grande do Sul and UNESP - São Paulo universities, carried out between the years 2012 and 2014. This process was built and based on the objective of defining and characterizing the specificities of the São Paulo field. Refers to the formation of institutional supporters, based on their effects on health production within the institutions in which they operate. For the construction of the analysis of this work were considered 3 Analytical Dimensions: Self-production, Network Production and Production of Practices. Guiding axes constructed by means of a research process based on a methodological base anchored in the so-called "4th Generation Research"; which is intended to be qualitative, evaluative, interventive, formative and participatory. The evaluative process considered 3 tools as an analysis material for the construction of the considerations: Intervention Plans (made during the course), electronic questionnaire sent to the supporters via e-mail and Focal Groups (made after the end of the course). Results show the difficulties such as training only some supporters in each territory, the need for the actors involved in health care processes to have knowledge about SUS' equipment; (un)knowing alternatives to achieve movement and wanted bases, the attempt to systematize team meetings, the perception of needing dialogue with their peers, community and the management of the service, recognizing the necessity of the triple inclusion (users, employees and management), as well as the perception of personal changes that occurred in participants that still resonate in the spaces where each one of these supporters and their actions are. As a product of this evaluation process, we record this experience and possible referrals for future actions, aiming to contribute to the practices in the most diverse areas of health care, making it possible to find important points in harmony with the practice of building and implementing a more human, and which answer workers, managers and users needs, in SUS' implementation, dissemination and consolidation process.

Key words: assessment; humanization; SUS; national humanization policy



## LISTA DE SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
AIS	Ações Integradas de Saúde.
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões.
CAPE	Comitê Ampliado de Pesquisa.
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.
CIB	Comissão Intergestores Bipartite.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CoNaSeMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
CoNaSS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil.
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública.
ESP	Escola de Saúde Pública.
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social.
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.
GF	Grupos Focais.
GIP	Grupo de Interesse da Pesquisa.
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização.
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões.
IAPM	Institutos de Aposentadoria e Pensões do Militar.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
MPSA	Ministério da Previdência e Assistência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública.
MS	Ministério de Saúde.
NOB-SUS	Normas Operacionais.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde.
PI	Plano de Intervenção.
PMDC	Partido do Movimento Democrático Brasileiro.
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.
PNH	Política Nacional de Humanização.

PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.
PR	Paraná.
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SC	Santa Catarina.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Emergência.
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde.
SES	Secretaria de Estado da Saúde.
SF	Superfamílias.
SP	São Paulo.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina.
UNESP	Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".
UP	Unidade de Produção.
USP	Universidade de São Paulo.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	PARADIGMAS EM SAÚDE: CONSTRUINDO O CONCEITO DE SAÚDE COMO DIREITO.....	19
3	TRAJETÓRIA BRASILEIRA DA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE COMO DIREITO.....	31
4	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) COMO APOSTA NA HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO DO SUS.....	39
5	DEFINIÇÃO, CONSTRUÇÃO E PLANEJAMENTO DO CURSO OFERTADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS TRABALHADORES DA SAÚDE EM 2008..	54
6	PERCURSOS DAS PESQUISAS: MOMENTO PESQUISA NACIONAL E MOMENTO PESQUISA LOCAL.....	64
7	PERFIL DOS APOIADORES FORMADOS PELO CURSO NOS TRÊS ESTADOS ACRESCIDO DE RECORTE E ANÁLISE DOS DADOS DOS APOIADORES FORMADOS PELO CURSO EM SÃO PAULO .....	78
8	BREVES ANÁLISES E REFLEXÕES POSSÍVEIS .....	90
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	110
	BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	116
	APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	118





## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pelos temas Política Nacional de Humanização e Formação em Humanização iniciou-se ainda no período em que cursava graduação e principiaram-se os estágios curriculares.

A partir do início de 2011 acompanhei, juntamente com o orientador de estágio, o decorrer de um processo de Oficinas de Sensibilização para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a Política Nacional de Humanização (PNH). Nesses encontros reuniam-se diversos trabalhadores da atenção básica da região de Presidente Prudente – cidade próxima a Assis, onde cursei graduação. A cada encontro alguns conceitos básicos eram discutidos a partir de questões tais como “O que é e para quem é o SUS”, “O que é a PNH”, “Quais os princípios e dispositivos da PNH”, além de discussões sobre as possibilidades de aplicação dos dispositivos nos territórios.

Utilizando-se situações problemas, discussão de caso e leituras, os participantes eram convidados a problematizar aspectos do seu território, de suas práticas e de seus processos de trabalho e, ainda, a apontar possibilidades de aplicação dos conhecimentos construídos em suas práticas cotidianas.

Durante esses encontros, que tinham como objetivo principal apresentar e aproximar os trabalhadores do SUS aos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, também me era apresentada uma infinidade de novas informações, de relatos de experiência, de trocas – de saberes, de afetos, de angústias e de medos – e dessa maneira, com o andamento das oficinas, era notório o brilho no olhar que só é possível a quem constrói e vislumbra possibilidades de exercitar o conhecimento, o empoderamento, a autonomia e protagonismo em suas práticas cotidianas – tanto no processo de trabalho quanto na vida.

A partir de discussões levantadas no decorrer desses processos de formação em saúde, ficou nítida a diversidade de percepções de conceitos como: saúde, atenção, cuidado, tratamento entre outros.

Em 2012, concluído o curso de graduação e partindo dessa experiência de construção do conhecimento, de formação-intervenção no território e nos processos de trabalho, recebi o convite e, conseqüentemente, a oportunidade de trabalhar como pesquisadora-âncora do estado de São Paulo no processo de pesquisa denominado “Formação em Humanização do SUS: Avaliação dos efeitos dos

processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”, projeto construído em parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"-São Paulo (UNESP-SP), realizado com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Campo São Paulo e Campo Santa Catarina) e do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI) (Campo Rio Grande do Sul) e desenvolvido no período entre os anos de 2012 e 2014.

No desenrolar desse processo, duas configurações de equipe foram construídas:

- a) uma grande equipe, o Comitê Nacional, que contemplava a totalidade de participantes envolvidos nos três estados; e
- b) três pequenas equipes, os pequenos comitês, sendo um em cada estado, totalizando três Comitês Estaduais (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), a fim de construir e trabalhar os dados correspondentes aos seus territórios.

Nos momentos finais da pesquisa, os dados foram sistematizados de modo a configurar um campo único.

Durante todo o processo de pesquisa, o contato e a troca (de saberes e experiências) entre os comitês mantiveram-se constantes. Quando necessário, por exemplo, nos momentos de tomada de decisão, alinhamento entre os três estados, discussão e organização das etapas subsequentes, Oficinas Nacionais eram organizadas (foram 8 Oficinas Nacionais no total). Nesses eventos todos os participantes eram convocados a participar desse momento importantíssimo de alinhamento da metodologia aplicada à pesquisa, de discussão dos dados construídos até aquele momento e de construção dos próximos passos. O sexto capítulo descreve os detalhes de toda essa construção.

Uma vez concluída a pesquisa Nacional surgiram as seguintes questões:

- a) seria possível que houvesse aspectos do campo São Paulo que, por algum motivo, não teriam sido contemplados no resultado do processo Nacional;
- b) poderia(m) existir alguma(s) especificidade(s) do campo São Paulo que por ventura tenha(m) sido diluída(s) no processo de composição dos dados Nacionais;

- c) poderiam existir elementos que apenas teriam sido verificados nos estados do Sul ou elementos que apenas teriam sido apresentados no campo São Paulo.

A fim de responder as questões apresentadas é que se configurou o presente projeto. Portanto, a importância desta pesquisa encontra-se na possibilidade de destacar as especificidades vivenciadas no campo São Paulo durante o processo de pesquisa. A ideia é, a partir do tratamento dos dados construídos durante a pesquisa Nacional, elucidar o que é específico do campo em questão, além da possibilidade de apresentar novos dados que, por vários motivos, não puderam ser contemplados nos resultados da pesquisa Nacional.

O objetivo central da presente pesquisa pretende avaliar os processos de formação de apoiadores institucionais realizados pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS em São Paulo – processo de formação ocorrido em 2008 – a partir dos seus efeitos na produção de saúde considerando três Dimensões Analíticas:

- a) produção de Si;
- b) produção de Redes; e
- c) produção de Práticas.

Tal avaliação foi composta a partir da apresentação e da análise dos dados que compõem o campo São Paulo, cotejando-os, quando possível e pertinente, com os dados construídos pelos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, apontando as consonâncias e dissonâncias, dentro do recorte Nacional. Assim, destaca-se como objeto do estudo estritamente o processo formativo como estratégia de uma política pública; ademais, o objetivo singular da presente pesquisa é avaliar os efeitos produzidos, especificamente no território do estado de São Paulo, a partir da execução de práticas preconizadas pelos processos de formação-intervenção propagados pela Política Nacional de Humanização.

De forma a organizar toda a pesquisa, esta dissertação foi escrita em 9 capítulos:

- a) capítulo primeiro: Introdução;
- b) capítulo segundo: Paradigmas em saúde: construindo o conceito de saúde como direito – faz um breve apanhado das diferentes concepções do conceito de saúde e elucidada alguns dos principais paradigmas em saúde;
- c) capítulo terceiro: Trajetória brasileira da construção do conceito de saúde como direito – aponta o caminho percorrido no país em busca da construção

do conceito de saúde, ampliado para muito além da perspectiva fisiológica e da ausência de doença;

- d) capítulo quarto: Política Nacional de Humanização: ferramenta para a consolidação do SUS – faz uma breve trajetória da construção do atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) e aponta umas das principais ferramentas do Ministério da Saúde para implementação e consolidação do SUS, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH);
- e) capítulo quinto: Definição, construção e planejamento do curso ofertado pelo Ministério da Saúde aos trabalhadores da saúde em 2008 – é possível observar a trajetória de construção do processo de elaboração do curso paulista desde participação no curso nacional, que serviu como inspiração e disparador dos demais processos em São Paulo, tais como: o curso de Formação de Formadores e, posteriormente, o curso de Formação de Apoiadores, apresentando, portanto, as condições e o cenário em que tais processos foram construídos;
- f) capítulo sexto: Percursos das pesquisas: momento pesquisa Nacional e momento pesquisa Local – traz um breve relato da construção e execução da pesquisa Nacional que serviu como alicerce para o desenvolvimento do presente trabalho;
- g) capítulo sétimo: Perfil dos apoiadores formados pelo curso nos três estados, acrescido de recorte e análise dos dados dos apoiadores formados pelo curso em São Paulo – é composto por uma série de informações relevantes construídas posteriormente à finalização do processo formativo. Tais dados foram obtidos com o auxílio de ferramenta eletrônica disparada via e-mail aos apoiadores. A partir das respostas dos questionários, tornou-se possível construir as informações contidas neste capítulo, referentes aos apoiadores dos três estados, entretanto, especificamente para esse trabalho, foram evidenciados os dados pertinentes ao campo São Paulo;
- h) capítulo oitavo: Breves análises e reflexões possíveis – é composto por uma série de análises e reflexões construída por meio da participação no processo de pesquisa enquanto grande grupo (Comitê Nacional) bem como outras reflexões que surgiram em decorrência da elaboração do presente trabalho;

- i) capítulo nono: Considerações finais – são tecidas as considerações finais dessa dissertação.



## 2 PARADIGMAS EM SAÚDE: CONSTRUINDO O CONCEITO DE SAÚDE COMO DIREITO

Santos (2001) aponta que “os paradigmas socioculturais nascem, desenvolvem-se e morrem” e prossegue sua ideia ao afirmar que a morte de paradigmas e de indivíduos são bem distintas: a morte de um paradigma, ao contrário do que acontece na morte de indivíduos, traz sempre um novo paradigma que sucede o anterior; além disso, essa transição da morte para a vida acontece sem limites claros e apenas é possível assegurar sua falência após muitos anos ou, até mesmo, séculos depois.

A partir da citação acima, percebemos que, ao longo dos séculos, o modelo de produção de saúde sofreu inúmeras transformações. No Brasil, de acordo com Scliar (2005) destacam-se como maiores transformações na área da saúde:

- a) a transposição do modelo baseado na filantropia e no higienismo, o qual existiam locais específicos – hospitais e Santas Casas de Misericórdia - para depositar os doentes (em sua maioria pobres, mendigos, moradores de rua), onde estes permaneciam até o momento da sua morte sem qualquer tratamento ou prognóstico;
- b) o início da intervenção Estatal, no século XX, que passou a oferecer assistência médica à população, porém o benefício era direito apenas dos trabalhadores formais, ou seja, aqueles que recolhiam impostos para a Previdência Social; e
- c) o atual modelo em vigência que, além de oferecer assistência médica, está comprometido com prevenção de doenças e promoção de saúde, proteção (campanhas de vacinação e conscientização), cuidado, tratamento e recuperação oferecidos a todos os cidadãos brasileiros independente de cor, raça, credo, religião, orientação sexual, exercício da profissão, idade, etc. (BRASIL, 2010)

Scliar (2005) indica que a primeira aproximação a um serviço de saúde com interferência Estatal ocorreu ainda no século XIX, na Alemanha, e foi sistematizado com a intencionalidade de potencializar o desenvolvimento econômico do país. No entanto, sabia-se que contratar mão de obra em troca de salários miseráveis geraria revolta da população, sendo assim, passou a oferecer, além do baixo salário, habitação gratuita, seguro para a velhice e assistência médica como formas de

pagamento. Dessa maneira, para esse autor, esse cenário foi o berço do “sistema público” de saúde e continua essa análise ao apontar que com o passar dos anos vários países da Europa passaram a adotar um sistema público de saúde que, inicialmente, foi pensado em uma tentativa de potencializar a mão de obra barata e, ao mesmo tempo, apaziguar revoltas dos trabalhadores. Esses acontecimentos abalaram o paradigma até então em voga: a assistência médica deixou de ser oferecida por meio de caridade e passa a ser um direito conquistado pelo trabalho. No entanto, Scliar (2005) aponta que a implantação desse sistema não foi simples, e muito menos facilmente aceito, os grandes industriais e proprietários rurais eram contra tamanho investimento e os socialistas e sindicalistas defendiam que tal “oferta” era apenas uma estratégia governamental no intuito de iludir a população.

Anos mais tarde após o término da Segunda Guerra Mundial foi vez da Grã-Bretanha contribuir para o avanço do modelo, passando a oferecer a sua população, como compensação pelo sofrimento bélico, um serviço que “prometia proteção ‘do berço à tumba’, o Serviço Nacional de Saúde, destinado a fornecer atenção integral à saúde a toda a população” (SCLIAR, 2005, p. 86).

Considerando o recorte da trajetória da saúde no Brasil, no decorrer da primeira metade do século XVI iniciou-se a instituição das primeiras cidades brasileiras e, concomitantemente, o processo de investimento na urbanização do território brasileiro. Trata-se do período histórico conhecido como Brasil Colônia em que toda referência aos procedimentos adotados no Brasil decorrem da cultura lusitana. Portanto, segundo Paim (2009), passamos, num primeiro momento, a adotar como modelo as ações de saúde de Portugal. Dessa maneira, os serviços de saúde das tropas militares ficavam subordinados ao cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal enquanto que o físico-mor responsabilizava-se pelos cuidados profiláticos das doenças epidêmicas e das questões relativas aos trabalhadores da saúde (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, curandeiros, etc.). As figuras de cirurgião-mor e físico-mor eram à época as duas maiores autoridades da saúde.

Questões relativas à higiene tais quais: limpezas das cidades, fiscalização dos portos e comércio de alimentos, ficavam a encargo das autoridades locais.

Ainda de acordo com Paim (2009), o grande marco da saúde no Brasil aconteceu em 1543, com a inauguração da primeira Santa Casa de Misericórdia na cidade de Santos. Posteriormente, outras Santas Casas foram instituídas nas cidades de Olinda, Belém, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo. Esses espaços eram



dedicados, por meio da caridade cristã, a oferecer assistência aos pobres e enfermos, abrigando e prestando cuidados na maioria das vezes a indigentes, moradores de rua e viajantes.

No cenário da saúde brasileira poucos avanços são vislumbrados nos séculos seguintes. É apenas a partir dos anos 1800, após a Independência, e após vivenciar algumas epidemias, como a febre amarela e a peste bubônica, dentre outras, começaram a emergir algumas mudanças significativas na área da saúde no Brasil (EDLER, 2010), dentre elas a criação da Junta de Higiene Pública, da Inspeção Geral de Higiene, da Inspeção Geral da Saúde dos Portos e um Conselho Superior de Saúde Pública. No decorrer desse período foram criadas “as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas” (PAIM, 2009, p. 26).

No contexto de final do século XIX e início do século XX durante a transição de Brasil Império para Brasil República acrescido ao processo de início da industrialização brasileira, vislumbra-se um cenário assinalado pela disputa entre diversas teorias que buscavam desvendar o surgimento das doenças e epidemias da época que assolavam a população. Nesse período, embora houvesse embates teóricos referentes às origens e metodologias de controle e combate às doenças, havia consenso entre os médicos da urgência e necessidade em fortalecer e ampliar o prestígio da profissão, dessa maneira, entendiam que “a intervenção da medicina na sociedade era não só possível, mas também, e sobretudo, necessária” (PONTE, 2010, p. 51) acarretando, portanto, um duplo deslocamento visto a atenção que antes era exclusiva do corpo foi desviada para um foco no “corpo social” e o segundo deslocamento foi a necessidade de atentar-se ao novo objeto privilegiando o aspecto preventivo configurando-se como tentativa de antecipar-se à instalação da doença.

Nesse contexto, diferentemente da luta travada no Brasil diante do desafio de configurar mudanças positivas no quadro sanitário e epidemiológico, o cenário europeu apresentava avanços consideráveis na ciência da microbiologia criada por Louis Pasteur. Dessa maneira, Pasteur inaugurou um novo paradigma ao provar a existência de micro-organismos bem como sua incidência em diversos processos de adoecimento. Suas ideias esbarraram-se, inicialmente, na resistência da comunidade médica, entretanto, não tardou a tornar-se um paradigma hegemônico visto que, pela primeira vez, tornou possível o enfrentamento de doenças infecciosas

de forma realmente eficaz. Remete-se a esse período a adoção de hábitos largamente incorporados à rotina das populações, tais como a esterilização de utensílios relativos ao cuidado e higiene de bebês bem como de outros utensílios domésticos, o hábito de ferver o leite ou ainda a limpeza de ferimentos, são resquícios da presença da medicina pasteuriana na sociedade atual (PONTE, 2010).

As ideias de Pasteur influenciaram uma nova geração de médicos que utilizavam o microscópio como principal ferramenta de trabalho. No Brasil, os pioneiros a estudar essa teoria tornando-se referência nesse trabalho foram, principalmente, Emílio Ribas, Vital Brasil, Adolfo Lutz e Oswaldo Cruz, os quais trabalharam ativamente na identificação e, conseqüentemente, no combate à peste bubônica que assolou o país no final do século XIX. Como produto direto desse período de trabalho, iniciou-se no Brasil a produção de soro antipestoso, além de outros soros necessários diante das condições epidemiológicas do país. Ponte (2010) sinaliza ainda que a prática desses médicos não se restringiu ao combate à epidemia da peste bubônica ou à criação de laboratórios para a produção de soros, pois suas atuações e atividades “se estenderam por um vasto campo, e as instituições que eles fundaram e ajudaram a consolidar logo ampliaram suas funções para a área da pesquisa e do ensino” (PONTE, 2010, p. 59).

Oswaldo Cruz defendia que as doenças eram ocasionadas devido a um agente causal e um vetor que servia como agente transmissor. Sendo assim, a equação para resolução do problema consistia na ruptura da cadeia de transmissão desativando-se o agente causal, uma proposta para atingir tal efeito seria por meio de instrumentos como a vacina ou, como proposta secundária, pela atuação direta na destruição de vetor transmissor da doença, minimizando ou extinguindo totalmente sua presença no ambiente.

No alvorecer do século XX, três grandes flagelos assolavam as principais cidades brasileiras: a varíola, a febre amarela e a peste bubônica. Diante da imposição pelo governo de obrigatoriedade de vacinação contra a varíola, indiscriminadamente, emergiu no Brasil o movimento da Revolta da Vacina, que tornou facultativa a vacinação da população. Em decorrência, anos mais tarde, houve nova epidemia da doença no país ocasionando larga busca pela vacina.

No cenário brasileiro surge em 1918 a Liga Pró-Saneamento, criada e presidida por Belisário Penna, seu principal objetivo era lutar pela instauração de uma política nacional de saneamento. Nesse período, os sanitaristas obtiveram

sucesso parcial nessa luta que reivindicava maior participação do Estado, a fim de propiciar à população

[...] condições de saúde e educação como forma de promover o progresso da nação [...] [entretanto], apesar de não ter obtido êxito imediato na sua luta pela criação de um ministério para a área da saúde, a movimentação dos integrantes da Liga Pró-Saneamento do Brasil contribuiu de maneira decisiva para incluir esta questão na agenda de discussão do novo papel do Estado no contexto da Revolução de 1930 (PONTE, KROPF, LIMA, 2010, p. 98-99).

Durante esse processo inaugurou-se a ideia de prevenção, visto que o modelo hegemônico de saúde baseava-se na identificação da enfermidade, conjuntamente com a tentativa de extinção de seu agente vetor aliada à imunização da população. De outra parte, tem início nesse período, um movimento por parte da nascente classe trabalhadora urbana objetivando a instauração de mecanismos de seguridade social, tais como aposentadorias e pensões.

A partir de 24 de janeiro de 1923 com a promulgação da primeira lei previdenciária no Brasil, a Lei Eloy Chaves, iniciou-se a propagação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, as quais ofereciam aos trabalhadores e aos seus dependentes o usufruto de serviços de assistência médica e de seguridade social, mediante efetivação de contribuições mensais realizadas pelos empregados e empregadores. Os recursos arrecadados eram administrados por um colegiado constituído por empregadores e empregados, entretanto, apesar da arrecadação compulsória, era pífia a participação dos últimos na gestão de tais recursos. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010). Mediante a inclusão da atenção à saúde do trabalhador no processo de negociação entre empregados e empregadores, surgiram nesse cenário novas organizações que, gradativamente, caracterizaram uma nova vertente da assistência médica no Brasil, amplamente ligada ao complexo previdenciário que começava a constituir-se (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

Paim (2009) aponta que, a partir desse cenário, algumas fábricas em São Paulo passaram a oferecer serviços médicos aos seus trabalhadores mediante desconto de 2% nos salários. Surge no Brasil, nesse período, a Previdência Social por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Nessa perspectiva, o que veremos frutificar ao longo de boa parte do século XX é uma crescente separação entre a área da saúde pública e o atendimento médico individualizado propiciado pela medicina previdenciária.

A primeira seria financiada pelos recursos do Tesouro Nacional e a segunda, durante longo período, pela contribuição de empregados, patrões e consumidores. Estes últimos, cabe ressaltar, participavam da formação dos fundos de seguridade social de maneira indireta e sem direito aos benefícios do sistema, uma vez que as empresas repassavam (e ainda repassam) para os custos finais de seus produtos e serviços grande parte dos encargos que lhes cabiam enquanto parte constituinte do empreendimento previdenciário. (PONTE; REIS; FONSECA, 2010; p. 117-118)

A partir da era Vargas (1930-1945) iniciou-se o processo de intervenção estatal instaurando-se um novo sistema de previdência, o chamado seguro social. Tal modelo ficou conhecido como “modelo de seguro social” (FLEURY, 2008) no qual a assistência médica é baseada em contratos e a cada setor da classe trabalhadora provinha um contrato diferente, visto que as condições da assistência eram determinadas pelas

[...] contribuições pretéritas e à afiliação dos indivíduos a tais categorias ocupacionais que são autorizadas a operar um seguro. A organização altamente fragmentada dos seguros expressa a concepção dos benefícios como privilégios diferenciados de cada categoria, como resultado de sua capacidade de pressão sobre o governo (FLEURY, 2008, p. 64).

Poucos setores trabalhistas tinham acesso à assistência médica por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). O primeiro Instituto de Aposentadorias e Pensões criado no Brasil foi o dos Marítimos (IAPM). Nos IAPs a organização dos trabalhadores era feita por categoria profissional (marítimos, comerciários e bancários) e não por empresa (BRASIL, 2011).

Em meados da década de 1930 foi criado por Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) que exercia a função de profilaxia, propaganda sanitária, saneamento, higiene industrial, vigilância sanitária e controle de endemias. Nesse período foi criado também o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que ao longo do tempo passou por diversas reformulações. O MESP era responsável por “tudo que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrava na área da medicina previdenciária, desenvolvida no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio” (BRASIL, 2011, p. 14-15). Sua responsabilidade era prestar serviços:

[...] para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços

oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (BRASIL, 2011, p. 15).

No ano de 1953 mais um importante passo institucional foi dado no Brasil: a criação do Ministério da Saúde (MS). Alguns anos mais tarde, após o golpe militar de 1964, todos os IAP foram unificados e, em 1966 formou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a concentrar todas as contribuições previdenciárias, gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais.

Segundo Oliveira e Teixeira (1986) a criação do INPS implantou um modelo de privilegiamento do produtor privado. Destacam-se aqui três características:

- a) ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada,
- b) articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; e
- c) a criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.

Nesse período o acesso à saúde não era regulamentado como direito já que não estava atrelado à condição de cidadania, sendo assim, cabia a cada indivíduo “a responsabilidade por resolver seus problemas de doenças e acidentes bem como o de seus familiares” (PAIM, 2009, p 33).

Como tentativa de enfrentamento dessa situação, surgiram, na segunda metade dos anos 1970, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, sendo decisivos imbuíram significativa importância na luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira.

No que tange à economia no Brasil, a primeira metade da década de 1970 ficou conhecida como “milagre brasileiro” já que o país vivenciou nesse período notável aceleração do crescimento econômico. Nesse momento a população do país atingia 90 milhões de habitantes. Entretanto, o crescimento econômico não resultou em maior distribuição de renda aos habitantes. Diferentemente do que esperava a população brasileira, o que se constatou nesse período foi um vigoroso processo de concentração de riquezas, consequência da organização de grandes conglomerados nacionais pelo progressivo número de multinacionais instaladas no país e pela transmutação do elevado número de pequenas agriculturas familiares e de

subsistência para grandes projetos agroindustriais voltados para o mercado de exportação (PONTE, 2010).

Em decorrência do processo de industrialização somado ao fomento e consequente crescimento do mercado de serviços, acrescido à possibilidade de acesso e utilização do recurso do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) – direito de todos os trabalhadores formais – houve expressivo aumento da especulação imobiliária, da produção de bens de consumo duráveis e da indústria automobilística, o que ocasionou um largo processo de êxodo rural. Durante esse período houve um aumento significativo da população urbana como nunca antes havia sido vivenciado (PONTE, 2010).

Consequentemente, a década de 1970 foi o período no qual o INPS alcançou a maior concentração de recurso financeiro. No entanto, grande parte desse dinheiro foi investida no que Merhy (2002) denominou “tecnologias duras” tais quais construção de hospitais e clínicas, ambos no serviço privados, e ampliação no número de leitos hospitalares.

No ano de 1974 inaugurou-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) administrado pela Caixa Econômica Federal e composto majoritariamente por recursos advindos da Loteria Esportiva. Estima-se que entre 1974 e 1979 o FAS tenha investido aproximadamente sete bilhões de cruzeiros, entretanto, cerca de 70% desse montante estiveram disponíveis como fonte de financiamento para que empresas de medicina pudessem aplicá-lo na construção ou ampliação de hospitais e clínicas particulares além da compra de equipamentos e insumos (PONTE, 2010). Grande parte desses empréstimos privilegiava esses empresários, pois ofertavam juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação além de extensos prazos para pagamento.

O que observamos nesse período é um intenso investimento de recurso público na medicina privada, capitalizando cada vez mais tais empresas e possibilitando a transformação da saúde em um negócio altamente lucrativo.

[...] observamos que os 41 hospitais pertencentes ao [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] INAMPS em 1978 eram responsáveis por apenas 253 mil internações de um total estimado em aproximadamente 6.286.000. O que significa que, naquele período, 96% das internações ficavam sob a responsabilidade de empresas de saúde contratadas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. (PONTE, 2010, p. 187)

Ponte e Nascimento (2010) afirmam que é eloquente o aumento da inauguração de novas unidades hospitalares com fins lucrativos. “Segundo os dados disponíveis, de 1964 até 1974 esses estabelecimentos passaram de 944 para 2.121, aumento que ultrapassa o percentual de 200% em dez anos” (PONTE, 2010, p. 189).

Esse financiamento que a política previdenciária forneceu ao setor privado para as construções e reformas de instituições – instituições essas que “tinham mercado garantido por intermédio da compra de serviços pela Previdência” – gerou uma crise nos serviços de saúde, o que possibilitou “a entrada do pensamento reformador e crítico na gestão da política previdenciária de saúde” (FLEURY, 2008, p. 50).

É nesse contexto, portanto, que ganha força o Movimento da Reforma Sanitária que pretende alterar a concepção de saúde, deixando de ser um modelo médico-centrado que entende saúde simplesmente como ausência de doença, passando a um modelo em que saúde passa a ser entendido como “produção social” e seria resultado “de complexas redes causais que envolvem elementos sociais, econômicos e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral” (PASCHE, 2009, p. 701-702).

Em 1978 acontece a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) cujo produto é a Declaração de Alma-Ata que

[...] reafirma enfaticamente que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Reafirma, também, que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial, sendo direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (BRASIL, 202, p. 33).

Nesse documento explicita-se que os cuidados primários de saúde são indispensáveis a toda a população mundial e que tal nível de atenção é crucial para que as pessoas consigam desfrutar de vida social e economicamente produtiva, além de representar o primeiro contato entre a população e o serviço de saúde. É, de acordo com Paim (2012), o primeiro passo para o desenvolvimento da atenção

primária à saúde. Tem-se, então, a possibilidade de solucionar questões na área da saúde utilizando-se de “tecnologias simplificadas e de baixo custo” e “era contraposta ao modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica política-ideológica com propostas de reformulação das políticas públicas e de reorganização do sistema de serviços de saúde” (PAIM, 2012, p. 550-551).

No Brasil, acontece em 1979 o I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados. Nesse período houve reconhecidas crises da Previdência Social “não apenas crise financeira, mas também crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 239). No ano de 1982 foi organizado o II Simpósio, entre os presentes estavam pessoas ligadas ao movimento organizado da Reforma Sanitária que, nesse evento, propõem a organização de um sistema nacional de saúde integrativo das medidas preventivas e curativas.

No início da década de 1980, em meio à crescente mobilização e participação popular, começou a emergir a percepção e construção de nova sociedade no país: plural, participativa e insubordinada ao governo militar vigente. Iniciou-se a manifestação que Reis denominou “sujeito coletivo da história” (REIS, 2010, p. 233).

Nesse cenário, ganhava força o movimento em busca por um modelo de atenção à saúde que superasse a proposta assistencialista e capitalista até então vigente, rumo a um sistema único de saúde, público, com a oferta de atendimento integral, universal e integrativo de toda a rede de assistência além da anexação das práticas preventivas e curativas (PAIM, 1986).

Em 1983, em 15 unidades da Federação, implantou-se o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e, posteriormente, em 1984 iniciou-se a expansão para os demais estados brasileiros da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) envolvendo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, além dos Ministérios da Educação e da Saúde (PAIM, 1986).

Falleiros e Lima (2010) apontam que as AIS estavam pautadas em diretrizes como universalização, acessibilidade, descentralização, integralidade e participação popular.

Na realidade, com as AIS o movimento sanitário põe em prática a estratégia de ocupar os espaços institucionais para com isto mudar a direção da política de saúde e privilegiar o setor público. A intensa articulação e a



consequente adesão de sindicalistas e parlamentares do principal partido de oposição – o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) – fizeram prevalecer as propostas do movimento sanitário nas negociações políticas ocorridas no início da transição do regime autoritário para o regime democrático, particularmente a unificação do sistema de saúde, assim como garantiram a nomeação dos representantes desse movimento para postos-chave da administração pública federal” (FALLEIROS; LIMA, 2010, p. 239-241).

Nesse ínterim, em 1986 na cidade de Ottawa, Canadá, aconteceu nova discussão balizada pelas propostas pactuadas a partir da Declaração de Alma-Ata. Essa conferência foi denominada “I Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde” e foi organizada a partir da crescente demanda por uma saúde pública universal e equânime.

De acordo com o documento resultante de tal Conferência, por promoção da saúde entende-se:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19-20).

As discussões emergentes desse encontro produziram ressonâncias na concepção do conceito de saúde e apontaram as condições e os recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Ainda, defenderam a necessidade de capacitação da população, atingindo, conseqüentemente, busca por maior qualidade de vida e de saúde. A construção e o fomento da autonomia dos sujeitos no sentido do autocuidado implicou em favorecer às pessoas promoção de saúde.

As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem

capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (BRASIL, 2002, p. 21).

A produção da Carta de Ottawa (1986) é mundialmente compreendida como referência ao desenvolvimento de ideias e ações de promoção à saúde apontando, para tal, cinco estratégias:

- a) Implementação de políticas públicas saudáveis;
- b) Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- c) Reorientação dos serviços de saúde;
- d) Reforço à ação comunitária; e
- e) Desenvolvimento de habilidades pessoais.

Levando em consideração as singularidades de cada território, de acordo com a Carta de Ottawa, as estratégias e os programas de promoção à saúde devem ser organizados de acordo com as necessidades e especificidades de cada território e é imprescindível o envolvimento de várias esferas tais como governo, setores de saúde, outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.

Emergem, portanto, dessa Conferência diversos conceitos e práticas relacionados à Promoção da Saúde que passam a ser amplamente “divulgados e implementados desde então em sistemas de saúde e espaços acadêmicos em todo o mundo” (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2306) inclusive no Brasil.

Nesse mesmo ano (1986), período posterior à ditadura militar e num contexto de redemocratização do país, realizou-se no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Buss e Carvalho (2009) ressaltam que tal evento mobilizou grande parcela de profissionais, gestores e cidadãos, tornando-se marco na proposição das bases do movimento da “Reforma Sanitária Brasileira” atingindo o objetivo de incorporação na Constituição Federal de 1988 de seus princípios e diretrizes.

### **3 TRAJETÓRIA BRASILEIRA DA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE COMO DIREITO**

Após diversos encontros e articulações almejando nova construção do modelo de saúde e com o intuito de pressupor um olhar atento e universal à saúde, aconteceu no ano de 1986, em Brasília, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), marco do movimento da saúde pública no Brasil, momento o qual a presença e a pressão popular reivindicaram a ampliação do conceito de saúde, culminando, por conseguinte, na proposta de um novo paradigma, tendo como núcleo um conceito ampliado de saúde, contrapondo-se ao modelo médico-centrado pautado na doença que vigorava até aquele momento.

Em edições anteriores da CNS apenas algumas centenas de pessoas reuniam-se para tratar da saúde no Brasil, no entanto, na 8ª CNS, mais de quatro mil pessoas – gestores, trabalhadores, usuários e militantes da saúde – estiveram presentes ativamente no evento que ficou documentado como um “processo altamente participativo, democrático e representativo” (BRASIL, 1986, p.01). Durante o evento aconteceram debates, mesas redondas e trabalhos de grupos, que tiveram como objetivo problematizar o modelo de saúde em voga, almejando reformular o atual paradigma em saúde que já não atendia às demandas da população.

O principal produto dessa conjuntura foi a ampla discussão em saúde, que resultou na ampliação de tal conceito e objetivou transpor o modelo de saúde compreendido enquanto ausência de doença e produto de consumo – em que apenas parte da população conseguia acesso – para a compreensão da saúde como direito e garantia do Estado, além de escancarar a iminente necessidade de uma Reforma Sanitária.

Desse modo, a 8ª CNS possibilitou a soma das forças do Movimento da Reforma Sanitária e da pressão popular com o intuito de reivindicar mudança no cenário da saúde brasileira. Como consequência desse encontro, foram lançadas as bases para a construção de um Sistema de Saúde Nacional ancorado em quatro grandes pilares na atenção à saúde:

- a) Promoção de saúde;
- b) Prevenção de agravos;
- c) Cuidado; e
- d) Reabilitação.

O produto dessa Conferência foi um Relatório Final que serviu como inspiração para a construção do capítulo “Saúde” da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e, posteriormente, resultou na elaboração das Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90, as quais possibilitaram, em 1990, a implementação do SUS (PAIM, 2009).

Destaca-se em seu Relatório Final a seguinte definição de saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.04).

A idealização/concretização do SUS, portanto, é uma conquista da população, de técnicos da saúde, de trabalhadores, de gestores e de usuários que se mobilizaram na busca por um novo modo de fazer saúde. Foi um movimento que aconteceu de baixo para cima (SANTOS FILHO; SOUZA; GONÇALVES, 2011) e foi, como descrito, gestado ao longo de muitos anos até ser oficialmente concretizado na CRFB de 1988, mas sua regulamentação foi assegurada apenas em 1990 com as leis orgânicas supracitadas.

A elaboração e planejamento do que seria o SUS foi um processo que se estendeu, portanto, ao longo de muitos anos. O SUS, desse modo, foi elaborado contrapondo-se ao modelo médico-centrado e tem alicerce em outra lógica de saúde: o atual modelo proposto além de oferecer assistência médica, cuidado, tratamento e recuperação oferecidos a todos os cidadãos brasileiros independentemente de cor, raça, credo, religião, orientação sexual, exercício da profissão, idade, etc. (BRASIL, 2010), também está comprometido com proteção, prevenção de doenças e promoção de saúde. É, portanto, um paradigma em que o conceito de saúde passa a ser entendido como um conceito mais amplo e complexo, passando a contemplar a perspectiva da qualidade de vida e bem-estar tanto físico quanto psíquico (BRASIL, 2010).

O SUS é constituído como um sistema complexo, que surge com a proposta de oferecer mais do que assistência médica, consultas, exames e medicamentos. A institucionalização do SUS faz uma aposta na gestão e na atenção ao cuidado em saúde, pretendendo fomentar a construção da autonomia e protagonismo dos

sujeitos, desconstruindo, dessa maneira, a relação de passividade do usuário frente ao serviço.

Como aponta Pasche (2009), no Brasil, o acesso aos serviços de saúde é assegurado graças a um sistema de saúde descentralizado, o qual a responsabilização sanitária é compartilhada entre as três esferas do governo, em que, preferivelmente, os municípios devem organizar-se numa relação de cooperação entre gestores municipais e demais gestores para a construção do que o autor chama “redes de atenção integral à saúde” (PASCHE, 2009, p. 702) e sinaliza que:

A base desta rede, segundo o princípio da integralidade, é a atenção primária, que organizada em todo território nacional, tem, por tarefa, a viabilização de uma orientação simples, mas muito significativa para a construção da efetividade das práticas: todo cidadão tem o direito a uma equipe que cuide dele, com a qual ele estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado em rede (PASCHE, 2009, p. 702).

A Descentralização refere-se “à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal” (MATTA, 2010, p.250). As atribuições e competências da União, Distrito Federal, estados e municípios estão descritas na legislação do SUS e nas Normas Operacionais (NOB-SUS) bem como na Lei 8.080/90. Na tentativa de exercer a descentralização de maneira eficiente, foram criadas instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa com abrangência nas três esferas governamentais, tais como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (FALLEIROS et al., 2010).

A legislação do SUS aponta ainda a garantia, inegável e imprescindível, da participação popular na construção cotidiana desse Sistema como Política Pública, conferindo a significação de que a participação popular não ficou e nem deve ficar restrita apenas aos momentos de luta pela consolidação do SUS, como aponta Fleury (2008):

A ênfase na participação da sociedade é um aspecto muito salientado no texto constitucional, refletindo uma resposta às reivindicações dos movimentos sociais em toda a década de 1980, bem como às formulações

dos grupos reformistas na área da saúde, ao longo dos anos de ditadura (FLEURY, 2008, p. 67).

Nesse sentido, o SUS é um sistema compreendido enquanto “produção social” e seria resultado “de complexas redes causais que envolvem elementos sociais, econômicos e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral” (PASCHE, 2009; p. 701-702).

A garantia da diretriz que fomenta a Participação Popular na gestão do SUS surge com a aprovação da Lei 8.142 de 1990, que institui a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde – instâncias colegiadas dos SUS em cada esfera de governo – e tem como objetivo a regulação e controle social da gestão do SUS. A primeira deve manter reuniões periódicas a cada quatro anos e deve contar com representantes dos segmentos sociais, deve ser convocada pelo poder executivo ou extraordinariamente pela própria Conferência ou pelos Conselhos (MATTA, 2010; p.254). As Conferências de Saúde (municipais, estaduais e nacionais) visam “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (PAIM, 2009, p. 64). O segundo é formado paritariamente por usuários do SUS (50%), trabalhadores da saúde (25%) e prestadores e gestores (25%), tem caráter permanente e deliberativo e sua atuação compreende a formulação de estratégias em saúde e no controle da execução da política de saúde (MATTA, 2010; PAIM, 2009).

Os princípios norteadores do SUS, ou seja, os valores que regem o sistema de saúde brasileiro são: Universalidade, Integralidade e Equidade.

A universalidade garante que a atenção à saúde seja um direito de todo e qualquer cidadão. Por meio desse princípio exerce-se a defesa feita pelo direito à vida e à igualdade sem distinção de cor, raça, religião, sexo ou qualquer outra forma de discriminação dos cidadãos brasileiros.

A equidade refere-se à percepção de que cada indivíduo é único e, portanto, cada qual tem suas necessidades e especificidades; a equidade garante que a atenção à saúde dos cidadãos não seja prejudicada e que cada indivíduo possa receber aquilo que lhe é necessário, independente do grau de complexidade da ação.

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores problemas históricos da nação: as injustiças sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, para alguns autores, o princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, mas significa, sim, tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior. Isso implicaria reconhecer a pluralidade e diversidade da condição humana em suas potencialidades (FALLEIROS et al., 2010, p. 248-249).

A integralidade visa o reconhecimento da impossibilidade da fragmentação, visto que cada sujeito configura-se em uma totalidade indivisível e integrante de uma comunidade. A integralidade também está presente no conjunto indissociável de ações de promoção, proteção e recuperação que caracterizam uma totalidade indivisível, tal qual a rede de serviços, em seus múltiplos graus de complexidade, integram uma totalidade indivisível representando um complexo sistema capacitado a ofertar assistência integral (BRASIL, 1990).

Além dos Princípios que regem o SUS, existem Diretrizes que regem a organização do sistema de saúde brasileiro, dentre elas, temos as que foram aprovadas na CRFB de 1988 – Descentralização, Integralidade e Participação da comunidade. No entanto, outras Diretrizes também merecem destaque como a regionalização e hierarquização das redes de serviços de saúde, divulgação de informações e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (PAIM, 2009).

A diretriz Regionalização e Hierarquização trata sobre a organização da rede de serviços e está intrinsecamente relacionada à noção de território com o intuito de nortear as ações em saúde, baseando-se nas necessidades específicas da população de acordo com os indicadores epidemiológicos, condições sociais e perfil populacional de cada região (MATTA, 2010, p.253).

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas) (BRASIL, 1990).

Como bem aponta Paim (2009), a diretriz de hierarquização da rede de serviços não condiz com a ideia de escala de importância ou de poder do serviço, mas sim por estar mais próxima da noção de racionalização do uso (em oposição ao

racionalização) do uso do serviço diz respeito à forma de utilização e de organização dos serviços. Tal organização pode ser feita de acordo com o grau de complexidade do serviço (atenção básica, média complexidade [tecnológica] e alta complexidade [tecnológica]) e mediante acordos entre unidades de saúde, pequenos municípios, municípios pólo, regiões de saúde, etc.

É possível pontuar diversas mudanças no paradigma da saúde: a transição entre um serviço centrado na doença, elitista e mercantilizado em que apenas uma pequena parcela da população tinha acesso aos serviços de saúde (contribuintes sociais, deixando, portanto, desassistidas crianças, desempregados, trabalhadores informais e idosos) rumo a uma nova construção de modelo de saúde que faz uma aposta em uma universalidade do cuidado, integralidade da assistência e equidade do acesso, e, mais do que isso, a garantia de que saúde é um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 2010).

No entanto, apesar dos esforços em romper com o paradigma de saúde centrado na doença, ainda vivemos um tensionamento de paradigmas coexistentes: de um lado, vislumbramos a indústria médica, farmacêutica, de equipamentos e insumos ainda arraigada à ideia de que a produção de saúde se dá ao acessar as últimas novidades e descobertas da medicina moderna com os procedimentos mais complexos, utilizando-se, para isso, a ideia de saúde como mercantilização dos procedimentos em saúde. Esse é o modelo ideal de saúde comercializado pelas grandes indústrias dos planos de saúde e hospitais particulares. Nesse modelo a busca pelo serviço de saúde ocorre quando o indivíduo está acometido por enfermidade, onde, normalmente, a demanda inicial é pela resolutividade momentânea do incômodo (fazer cessar a dor, por exemplo). Em contrapartida, de outro lado, existe o modelo centrado no sujeito, que compreende as pessoas como seres bio-psico-sociais inseridos em um território com suas especificidades. Dessa maneira, o olhar disponibilizado a esse sujeito deve pautar-se nessa integração, bem como, propiciar que o usuário do serviço de saúde possa exercitar seu protagonismo e autonomia ao construir conjuntamente com a equipe o projeto de cuidado que atenderá às suas necessidades. Verifica-se, portanto, uma transição proposital de foco entre os dois paradigmas: um contempla a doença o outro dedica-se ao indivíduo.

Pasche (2010) sinaliza que os efeitos da luta pelo SUS e sua implantação não são visíveis apenas como tentativa de transposição do paradigma da saúde, eles



também ressoam nas esferas política, ética e cultural: na esfera política porque o Brasil passa a reconhecer as diferenças dos cidadãos brasileiros e tem nos espaços públicos o processamento dessas diferenças; na esfera ética porque a saúde passa a ser um direito civil, não mais regulada por seguros sociais ou por aquisição como bem de consumo; e na esfera cultural porque amplia-se cada vez mais a compreensão de que saúde é mais do que assistência médica, saúde é também qualidade de vida.

Saúde como produção social significa reconhecer que quanto mais desigual for a distribuição das riquezas, quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e a políticas públicas redistributivas, mais serão heterogêneos e injustos os padrões de adoecimento e mortalidade (PASCHE, 2009, p. 702).

O que irrompe em decorrência dessas construções sociais é o prelúdio de um processo de novas concepções e pactuações nas políticas públicas em saúde, visando reafirmar o SUS em seus aspectos constitucionais. Uma dessas ferramentas foi a Política Nacional de Humanização (PNH), que surge como instrumento de enfrentamento, resistência e superação dos modos prescritivos, verticalizantes e hierárquicos de gestão e de cuidado em saúde, visto que é notório a existência de diversos desafios recorrentes enfrentados diariamente pelos trabalhadores da saúde, sendo que

[...] um dos desafios enfrentados no cotidiano das práticas de saúde reside exatamente nos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre modelos de atenção (modos de cuidar) e modelos de gestão (modos de gerir). Tal separação tem ratificado práticas que concebem a gestão como reduzida à administração do sistema de saúde e centrada na figura do gestor. Desse modo, há aqueles que planejam e pensam a ordenação do sistema de saúde (os gestores) e aqueles que executam e operacionalizam os planejamentos formulados por outrem. De um lado os que planejam/pensam e, de outro, os que fazem/cuidam (BRASIL, 2010, p. 16).

Para tanto, a PNH nasce em 2003 como ressonância da 11ª CNS. Este encontro “sinalizava a necessidade de princípios metodológicos que indicassem modos de como tornar realidade os princípios e diretrizes do SUS prescritos na sua base jurídico-legal” (OLIVEIRA, 2011, p.35).

Portanto, a PNH surge como efeitos dos acúmulos do SUS, da percepção dos avanços conquistados ao longo dos anos, da análise de suas incongruências e desafios, bem como consequência da experimentação enquanto política pública e

prática social. É, por conseguinte, pautada no compromisso em incitar um movimento ético, político e institucional almejante de enfrentamento e superação das incongruências vividas até então nos modos de atenção e de gestão da saúde pública, dessa maneira, esta Política reforça a garantia do direito ao acesso universal e equitativo da população às práticas e ações integrais nos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2011).

A PNH deve ser compreendida enquanto uma política transversal, ou seja, uma política pública que atravessa diferentes ações e instâncias, nos diversos espaços de gestão e/ou de oferta de cuidado no SUS. É compreendida como uma importante ferramenta de enfrentamento ao desafio de transposição dos modelos de atenção e de gestão em saúde empenhando-se em ressaltar e fomentar a autonomia e protagonismo dos sujeitos que, ao produzirem novas situações e desafios na prática cotidiana dos serviços e da gestão, constroem, por conseguinte, a si mesmos como novos sujeitos.

A PNH aposta na afirmação da inseparabilidade entre gestão e atenção à saúde, conseqüentemente, compreende que a gestão e a prática em saúde requerem permanentemente trocas de saberes entre as equipes que realizam as práticas em saúde cotidianamente e os atores que operam a gestão dos serviços. Do ponto de vista da inseparabilidade entre gestão e atenção, a recíproca é verdadeira. Assim, a referida política faz uma aposta ao empenhar-se em qualificar tanto a gestão quanto a atenção à saúde e, para tal, estimula e incentiva inovações nas práticas de gestão e atenção à saúde, fomentando que os diversos atores envolvidos nestas práticas para que possam experimentar distintas maneiras de organização dos serviços, bem como novos modos de produção (de conhecimento, de análises, de práticas) possibilitando entre os sujeitos uma nova configuração de circulação do poder.

#### **4 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH) COMO APOSTA NA HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E DE GESTÃO DO SUS**

Mesmo com os desdobramentos pontuados a partir da discussão do modelo de saúde, da construção do SUS e, conseqüentemente, sua implementação como Política Pública, durante o final da década de 90, a partir da percepção de cenário problemático referente às condições na qualidade da atenção ao usuário e também às condições de trabalho das equipes de saúde, constatou-se a necessidade de reorganização das prioridades na agenda do Ministério de Saúde (MS). Era real e urgente produzir novas discussões com o intuito de enfrentar e minimizar os problemas elencados pelos profissionais, além de possibilitar propostas de novos modos de atuação em saúde.

Foi nesse contexto que aconteceu no ano 2000 a 11ª CNS, que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e buscou intervir nas agendas das políticas públicas de saúde. Por meio da criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que vigorou entre 2000 a 2002, o tema da humanização em saúde é formalmente inserido na pauta institucional do Ministério da Saúde.

Tal programa propôs, inicialmente, a criação de comitês de humanização nas instituições hospitalares almejando, num primeiro momento, a ampliação na qualidade da atenção e do serviço prestado ao usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A criação de tal programa contou com participação direta de profissionais envolvidos na área técnica de saúde mental, diante de um número expressivo de queixas e relatos de usuários e familiares apontando maus-tratos durante atendimento em hospitais públicos (MORI; OLIVEIRA, 2009). Seus principais objetivos incluíam o fortalecimento e a articulação de iniciativas humanizadas – em andamento – a ampliação da qualidade e da eficácia no atendimento dos profissionais em relação aos usuários, bem como a formação dos profissionais atuantes nos hospitais “para um conceito de atenção à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.” (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 943) Posteriormente, alargou-se a ampliação do olhar não apenas aos usuários, mas também para o trabalhador (BENEVIDES; PASSOS, 2005) provocando, dessa maneira, ressonâncias no cenário da saúde coletiva.

Ainda segundo Benevides e Passos (2005), nesse ínterim, o Ministério da Saúde lançou outras diversas ações e programas pautados pelos temas da humanização e da qualidade da atenção ao usuário do serviço público de saúde, dentre eles: Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999), Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000) e Programa de Acreditação Hospitalar.

Dessa maneira, no decorrer da 12ª CNS, realizada no ano de 2003, um dos pontos mais discutido foi a emergente necessidade de avanço e qualificação do SUS, para tal, discutiu-se o tema da humanização em/nas/das práticas em saúde. Como consequência, iniciou-se em 2003 a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), uma política idealizada na tentativa de “intensifica[r] esta aposta na humanização das práticas de gestão e de atenção (nos modos de gerir e nos modos de cuidar)” (PASCHE; PASSOS, 2008, p. 92).

A construção dessa política proporcionou nova possibilidade no modo de pensar, fazer, gerir e cuidar em saúde coletiva, pois é uma política “que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS” (BRASIL, 2010, p. 17). Nesse aspecto, Benevides e Passos (2005) apontam que:

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulares nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

Nota-se que para essa nova construção foi intencionalmente utilizado o termo “Política”, e não “Programa”, com o intuito de “destacar que a humanização deve ser transversal às diversas ações e instâncias gestoras, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede” (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010, p. 943). O caráter transversal da PNH viabiliza o exercício da humanização em qualquer âmbito da rede, da assistência ou da gestão. Sendo assim, trata-se de uma política que se expressa necessariamente na articulação com outras políticas/projetos/programas, sem que para isso tenha que

partir de um serviço, de uma ação ou de um programa que lhe seja específico e próprio.

Outras implicações da transversalização da Política constituem a construção de um sentido positivo para o termo humanização, que parte da “desidealização do Homem” (BENEVIDES; PASSOS, 2005), orientando práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário; fomenta e mantém trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de produção de sujeitos, além de ofertar um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente (BRASIL, 2010).

A ampliação no conceito de humanização pressupõe sua compreensão enquanto conceito ampliado que transpõe a concepção de humanização como referência ao “homem bom”, a “boas ações” ou ainda à ideia de voluntariado (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Dessa maneira, no processo de construção e ampliação do conceito, o termo humanização é adotado pela PNH pautado na valorização dos diferentes sujeitos comprometidos com o processo de produção de saúde e utiliza-se do fomento da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade desses sujeitos como modo de operar tal valorização (BRASIL, 2010).

A PNH enquanto política pública, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, apresenta-se como uma potente proposta para enfrentamento do desafio de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, estruturando-se a partir de Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos.

Princípio é “o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas” (BRASIL, 2010; p. 23). Os três princípios apresentados pela PNH são:

- a) Transversalidade: pressupõe um aumento no grau de comunicação intra e intergrupos com o intuito de possibilitar a existência de diversos modos de funcionamento para que as equipes dos serviços possam se relacionar e se comunicar, fomentando, como consequência, um borramento entre as fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e das relações nos processos de trabalho;
- b) Indissociabilidade entre atenção e gestão: o ato de gerir e o ato de cuidar são inseparáveis tais quais produção de saúde e produção de sujeitos, exige-se,

para tanto, integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho;  
e

- c) Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: implica envolver os sujeitos compreendidos tanto no território como no processo de trabalho, possibilitando que sejam tomadas decisões construídas coletivamente, pois assim, fomenta-se a produção de autonomia dos sujeitos que se percebem implicados e envolvidos nos processos e, conseqüentemente, afirma-se a autonomia e o protagonismo nos processos de gestão, de cuidado e de autocuidado.

Para a PNH, o método é o como fazer, o caminho. O caminho da PNH é o da inclusão dos diferentes agentes implicados nos processos de produção de saúde. A seguir, será apresentado brevemente, o método da tríplice inclusão e suas respectivas ferramentas:

- a) inclusão dos diferentes sujeitos: pressupõe-se, a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários fomentando, dessa maneira, a produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, por exemplo, por meio de realização de rodas de conversa;
- b) inclusão do coletivo: pode ser um movimento social organizado, um grupo de trabalhadores de saúde ao atuar como coletivo, por exemplo, por meio do fomento das redes; e
- c) inclusão dos conflitos. a inclusão dos analisadores sociais, que se aplica a qualquer situação “que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança”, para tal faz-se necessária a ferramenta de “análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises” (BRASIL, 2010, p. 25).

Pasche (2009) indica que a garantia do método da tríplice inclusão é apontado como importante estratégia para o movimento de elaboração de processos coletivos, visto que proporciona em espaços públicos a possibilidade de contemplar e contrastar posicionamentos discordantes. Dessa maneira, considera-se a expressão do coletivo, necessariamente plural, na elaboração do comum na diferença. O autor ainda afirma que:

[...] incluir o outro e incluir a perturbação desta inclusão impõe a necessidade de lidar de forma menos paranóica com a diferença; e a lidar com/e gerir conflitos, entendidos como espaços de abertura, de passagem

do outro, condição necessária para a produção de mudança (PASCHE, 2009, p. 705).

Nesse sentido, somos convidados “a aprender a habitar – tal como no fio da navalha – esse lugar instável do limite: entre o que comuna e o que difere; entre o que conecta os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e o que nessa conexão tensiona” (PASCHE; PASSOS, 2010, p. 440).

As diretrizes são orientações gerais e, para a PNH, suas diretrizes estão intrinsecamente ligadas ao método da inclusão. São exemplos de diretrizes da PNH: Clínica Ampliada, Co-gestão, Acolhimento, entre outras. O autor prossegue indicando que a prática dessas diretrizes pressupõe constantemente indagar sobre os modos de fazer, “o que, na perspectiva da PNH, implica a inclusão dos sujeitos, de coletivos, de analisadores sociais e na produção multi-interessada de novas realidades” (PASCHE, 2009, p. 706).

Os dispositivos são maneiras possíveis de organização das diretrizes da política nos processos de trabalho, compreendidos não enquanto imposições, e sim como maneiras possíveis de organização dos processos de trabalho, podem, portanto, assumir novos sentidos partindo de cada experiência única e singular, e serem capazes de, inclusive, atualizarem-se e modificarem-se. Alguns exemplos de dispositivos são: Grupo de Trabalho em Humanização (GTH), Colegiado Gestor, Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, Ouvidorias, Grupos Focais, Acolhimento com Classificação de Riscos, Projeto Memória do SUS que dá certo, entre outros (BRASIL, 2010).

No entanto, a PNH não deixa de considerar que os próprios sujeitos/apoiadores podem construir o dispositivo necessário para implementar as ações indispensáveis para as transformações no meio em que estão inseridos.

A PNH propõe, então, um novo modo de fazer gestão em saúde e possibilita que todos os atores sociais envolvidos em seu funcionamento possam repensar seu processo de trabalho. O objetivo da PNH é provocar nos sujeitos envolvidos uma “produção de transformações no *modo de fazer* gestão e atenção em saúde, tendo como objeto de intervenção os próprios processos de trabalho” (SANTOS FILHO; SOUZA; GONÇALVES, 2011, p. 259).

Nesse sentido, a perspectiva do modelo ampliado de saúde propõe-se a fomentar investimento na produção de protagonismo e autonomia dos diversos atores envolvidos nas três dimensões da atenção à saúde: (co)gestão do serviço,

processo de trabalho e processo de cuidado e autocuidado. Para alcançar tais objetivos o MS lançou mão de uma série de processos de formação e de fomento na ampliação do protagonismo e autonomia ofertados em distintos territórios, pois como bem apontam Benevides e Passos (2005) para a realização de:

[...] mudanças dos processos de produção de saúde exige também mudanças nos processos de subjetivação, isto é, os princípios do SUS só se encarnam na experiência concreta a partir de sujeitos concretos que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde. [Sendo assim] apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a Humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

A partir dos anos 2000 o termo apoio surgiu no contexto da saúde brasileira despontando em publicações teórico-técnicas e científico-acadêmicas nomeando “uma função ou uma metodologia de trabalho possível de ser desempenhada por um profissional ou por um grupo de profissionais da saúde” (MOURA; LUZIO, 2014, p. 959).

Segundo aponta Oliveira (2011), a PNH propõe a função apoio como ferramenta capaz de concretizar a diretriz da inclusão, permitindo e fomentando a participação de todos os atores envolvidos diretamente e indiretamente na gestão dos processos de trabalho e nas práticas de atenção em saúde.

Isto posto, é possível afirmar que o apoio contempla em sua proposta uma série de recursos que ampliam as possibilidades de lidar com os processos da saúde em sua conexão entre a dimensão estrutural das instituições/serviços de saúde e as necessidades imediatas dos sujeitos. Destarte, a função apoio tem sido vivenciada como método que possibilita a articulação entre os objetivos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, pois contempla tanto a percepção da necessidade de considerar a bagagem de conhecimento e experiência que o grupo carrega quanto a necessidade de trazer algo externo ao grupo, já que a função apoio pressupõe o entendimento de que, em algum grau, todos exercem funções de gestão e tal exercício é experimentado entre sujeitos, independentemente de seus distintos graus de saber e de poder. Desse modo, o apoio surge enquanto processo que visa a ativação de políticas públicas de acordo com as necessidades de cada território. Como bem sinaliza Oliveira (2011) a proposta do apoio “é o tensionamento de produzir o comum no regime das



diferenças, não propriamente a partir do que ‘temos em comum’, do que nos iguala e serializa” (OLIVEIRA, 2011, p. 37, grifo do autor).

Ademais, o apoio assegura a garantia do exercício da indissociabilidade entre atenção e gestão visto que sua principal aposta fundamenta-se:

[...] na troca de saberes entre equipes e entre profissionais em torno da busca de ofertas de ações/serviços que tenham potência para modificar positivamente os problemas de saúde (no seu amplo sentido) de sujeitos, com o uso, o mais racional possível, de toda ordem de recursos disponíveis (OLIVEIRA, 2011, p. 40).

A percepção da centralidade que tal conceito ocupa na proposta arquitetada pela PNH suscitou na elaboração de diversos processos formativos fomentados por esta Política como uma aposta na formação de apoiadores com o intuito de propagar a Humanização na saúde. Logo, a formação ocupa posição estratégica de propalação e capilarização da Política.

Por conseguinte, a aposta nos processos de formação com a intencionalidade de formar novos apoiadores que sejam polinizadores da política segue como um dos objetivos centrais da PNH. Deste modo, o processo formativo pauta-se em princípios e diretrizes metodológicas partindo do pressuposto da impossibilidade em dissociar formação e produção de conhecimento da atuação e intervenção nas práticas cotidianas do serviço.

Deste modo, o MS entende que a formação em saúde é estratégia essencial para disseminação e capilarização da PNH. Por esse motivo, um dos instrumentos utilizados pelo MS e pela coordenação da PNH para alcançar tal fim foi a oferta de oficinas e cursos de aproximação da PNH, oportunidades essas próprias para abordar o tema SUS. Tais processos formativos foram realizados em diversos estados brasileiros.

Os cursos de humanização abordados na presente pesquisa podem ser compreendidos enquanto uma das ferramentas construídas pela PNH baseada em sua aposta no avanço e fortalecimento do SUS. Efetiva-se, por meio de processos de formação organizados de maneira a possibilitar o encontro entre diferentes trabalhadores, propiciar troca de experiências e saberes, tornando possível um exame do território com o intuito de verificar quais as reais demandas e quais os espaços potentes existentes nos diferentes territórios, análise esta que permite, a

partir dessa nova ótica, elencar os problemas e as potencialidades do local em estudo.

A partir da construção dessa perspectiva, os cursos de humanização passam a ser compreendidos enquanto instrumentos de fortalecimento e difusão do SUS e, paralelamente, fomentam a capacidade dos apoiadores em formação em construir análises referentes aos serviços e territórios, os quais, à época, estavam vinculados. Tal análise foi efetivada por meio da construção de Planos de Intervenção (PI).

A confecção dos PIs teve fundamental importância metodológica, pois foi vivenciada pelos apoiadores como ferramenta que buscou por meio da articulação de coletivos e, nesse processo, fomentou a reflexão-problematização das práticas ao provocar nos apoiadores indagações referentes aos processos de trabalho, modos de fazer e modos de comunicação vigentes nos mais diferentes níveis, como por exemplo, entre sujeitos (trabalhadores, gestores, usuários), entre setores, estabelecimentos, serviços, programas, etc. com o intuito de construir novas redes de cooperação intra e inter equipes/serviços além de fortalecer as redes já existentes.

Ao averiguar os resultados e efeitos produzidos pelos processos de formação promovidos pela PNH, percebe-se uma crescente demanda por avaliações metodologicamente coerentes com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS e, conseguinte, pela PNH. Nesse sentido, a avaliação em saúde deve ser compreendida enquanto estratégia de fortalecimento e potencialização dos princípios do SUS bem como de suas diretrizes (PASSOS et al., 2008).

Dessa maneira, perante o desafio de responder à crescente necessidade e demanda por avaliação em saúde, as diversas políticas e programas do SUS têm sido paulatinamente convocadas a discutir e recriar novos desenhos de pesquisa e de subsídios metodológicos que contemplem a diversidade de campos e objetos de investimento.

Diante desse cenário, é possível contemplar o comprometimento de diversas áreas de atenção em saúde em atrelar ao escopo de suas ações cotidianas não apenas metodologias de avaliação quantitativas como também as qualitativas.

[...] é bom ressaltar que no campo das pesquisas científicas avaliativas há um intenso debate sobre as limitações e avanços das metodologias quantitativas e qualitativas (em suas diferentes vertentes), debate que tem avançado na medida em que se observa a pertinência de se utilizarem dos

diferentes métodos desde que adequadamente conformados ao objeto avaliado (BRASIL, 2012, p. 11).

Uma discussão relativamente necessária é levantada por Silva e Formigi (1994), na qual ratificam a concepção de que a avaliação é indiscutivelmente compreendida como um elemento imprescindível ao processo de planejamento e gestão em saúde. Entretanto, levantam um questionamento referente ao tema da avaliação em saúde: embora tal avaliação seja compreendida como um recurso largamente lembrado sua prática ainda é escassa. Ademais, nos chama também a atenção para o fato de posteriormente à sua realização não existe uma vasta divulgação para a população a respeito dos resultados obtidos ou construídos que, hoje sabemos, podem variar de acordo com a metodologia empregada.

Desse modo, a partir do início dos anos 2000, houve por iniciativa da PNH um investimento prioritário na construção de uma agenda específica para avaliação, preocupando-se, para além da análise especificamente de suas ações, em sistematizar um marco referencial avaliativo condizente com os princípios e diretrizes da avaliação construtivista e participativa (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Trata-se, então, de um modelo avaliativo que pretende ser, sobretudo, formativo, visto que seu produto confere conhecimentos produzidos com a intencionalidade de (retro)alimentar todo o processo desencadeado, tornando assim, a prática totalmente associada à intervenção e vice-versa dado que:

[...] apostar no método da inclusão como modo de fazer a avaliação nos compromete a pôr em análise modos de trabalhar que, no caso da saúde, repetem a separação entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre trabalhador e gestor, entre avaliador e avaliado (PASSOS et al., 2008, p. 218).

Como bem aponta ALVAREZ et al. (2008) a garantia da participação coletiva por meio da inclusão dos diferentes atores está intrinsecamente ligada pela maneira como a avaliação será conduzida, porém, mais do que isso, é indispensável também assegurar e fomentar o exercício do protagonismo desses diferentes sujeitos, visto que ao incluir a diferença faz-se uma aposta na transversalização dos processos avaliativos, certificando que a ação de integrar as diferenças e divergências possa agir como catalizador de produção de tensões e de problematizações essenciais e imprescindíveis para que aconteçam mudanças no sistema avaliado.

Destarte, a execução de uma pesquisa que se propõe ser formativa e interventiva, requer, pois, que haja efetiva participação dos atores envolvidos em razão de que, esse processo, ao incorporar as diferenças possibilita a emergência e potencialização de outros saberes, até então marginalizados ou excluídos, garantindo, desse modo, “a legitimidade e a importância do conhecimento produzido por trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços da rede [...] além de afirmar a dimensão coletiva dessa produção” (ALVAREZ et al, 2008, p. 302).

Corroborando essa ideia, Pasche e Passos (2010) defendem a impossibilidade de exercitar o método da inclusão por passividade, ao contrário, sua realização decorre por meio de posicionamento crítico ao material exposto pelo que o outro entende como verdade, vontade e desejo. Esse impasse e, conseqüentemente, a construção de novos conhecimentos, pode ser resolvido apenas por meio do debate, discussão, compromisso e produção de contrato.

A pesquisa avaliativa produz intervenção pelo fato de que o seu processo opera não apenas a inclusão de diferentes atores/setores, mas também a inclusão de analisadores disparados pelo encontro dessas diferenças. [...] O objeto avaliado ganha protagonismo, deslocando-se da posição de quem sofre a avaliação para a de quem realiza a avaliação. Pesquisador e pesquisado tornam-se, assim, posições que se distinguem, mas que não mais separam sujeito e objeto da pesquisa. Não há, portanto, neutralidade do pesquisador, pois na pesquisa-intervenção, sujeito e objeto, pesquisador e campo de pesquisa se constituem ao mesmo tempo (ALVAREZ et al., 2008, p. 302-303)

Por conseguinte, diante da ascensão das demandas e das complexidades na gestão e na prática cotidiana de atenção à saúde, surgem novas metodologias para a realização de avaliações em saúde que emergem dessa nova realidade, enquanto tentativa de fomentar e

[...] enfatizar os modos de produção da informação e de sua análise no cotidiano dos serviços, de maneira a chamar a atenção para o próprio processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes atores com ela envolvidos [...] [pautado na aposta de que] a informação em seu potencial de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que possa permitir reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho. [Portanto trabalha-se com a ideia da] informação em seu potencial de fomentar autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que possa se colocar como elemento capaz de provocar a reunião de diferentes pessoas/profissionais/ saberes (equipes) em torno de dados que passem a ser objeto de coanálise e decisões (BRASIL, 2012, p. 7).

Nesse sentido, conforme apontam PASSOS et al. (2008) a produção de avaliação resulta na produção de atores capacitados a exercer um olhar avaliativo, em vista disso, tornam-se atores que estão implicados e envolvidos com o processo, resultando em análise de suas implicações na produção de saúde e na avaliação dessa produção. Com isso, tais sujeitos envolvidos nesse processo avaliativo acabam formando-se também pesquisadores, não pesquisadores no sentido acadêmico, mas no aspecto da constante eminência da construção de si, possibilitando a cada sujeito construir a ideia de investigação do seu próprio processo de trabalho, da análise da configuração das redes de atenção, possibilitando o fomento tanto da manutenção das redes existentes quanto da construção de novas redes necessárias.

Nessa perspectiva, essa ampliação da proposta de avaliação, que deixa de ser meramente qualitativa, ao agregar outras dimensões – quais sejam as concepções de formação, participação, intervenção, dentre outras – condiz perfeitamente com o objetivo central da PNH, o qual concerne na ocupação em qualificar a gestão e a atenção à saúde. Visando alcançar tal objetivo, a PNH incentiva que os diferentes sujeitos, coletivos, equipes e serviços vivenciem a experimentação de novas maneiras de organização das práticas e dos serviços ao proporcionar a elaboração de análises dos processos de trabalho bem como a elaboração coletiva de novos modos de produzir e de fazer circular a discussão e a construção de novas propostas, tanto para as práticas gerenciais quanto para as práticas de atenção à saúde.

[...] as avaliações qualitativas vão demarcar sua contribuição peculiar ao tomar como matéria prima a interpretação dos sujeitos sobre a ação avaliada, sobre sua própria participação nesta ação, contextualizando este campo de opiniões, crenças e valores às suas condições sociais de produção (DESLANDES, 2008, p. 69).

Nesse sentido, Silva e Formigli (1994) sinalizam que a permanente avaliação em saúde pressupõe a constante expectativa referente à construção de novos recursos e medidas baseadas no aprimoramento de práticas já existentes bem como na difusão de situações exitosas. Para as autoras, tanto o aperfeiçoamento das práticas quanto a propalação das experiências exitosas funcionam como agentes catalisadores no processo de ampliação da capacidade de análise e atuam, também, enquanto possibilidade de modificação das práticas e/ou serviços de saúde

que ofertam cuidado às necessidades de determinada população diante da realidade de cada território. Nesse sentido, a avaliação em saúde traz para primeiro plano a necessária discussão sobre suas características e seus efeitos. Outrossim, as autoras destacam a importância em debater a temática da avaliação, pois o processo avaliativo, ao agregar possibilidade e necessidade de intervenção, materializa a capacidade de modificação de determinados quadros sanitários (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Corroborando as ideias acima elencadas, Pasche (2009) afirma a proposta de confluência para um movimento de abertura resultante da aposta operada pela PNH sem, entretanto, rejeitar a imprescindível análise decorrente desse movimento de abertura, assim, torna-se indispensável acolher as alteridades, dar passagem e abrir passagem, permitir a potência decorrente dos encontros em ser capaz de influenciar e, dessa maneira, capacitar-se para a construção de novas compreensões coletivas, bem como a possibilidade de experimentar a ratificação de diferenças e discordâncias respeitosamente, fatos unicamente possíveis por meio da vivência e experimentação das diferenças.

[...] permitir-se tocar pela diferença para diferir, tudo isto com o propósito de aprimorar o SUS. Esta é uma aposta ético-política que une muitos sujeitos que têm por intento, com suas reflexões e ações práticas, qualificar serviços e práticas de saúde em defesa da vida, melhorando nossa experiência de viver em sociedade (PASCHE, 2009, p. 701).

Nessa perspectiva, podemos concluir que a PNH realiza um constante investimento na construção de novos modos de fazer saúde pública com o objetivo de prosseguir no desenvolvimento das conquistas no âmbito da saúde pública, reconhecendo que existem experiências exitosas e que merecem visibilidade, por outro lado também reconhece que existem, ainda, problemas e contradições que precisam ser enfrentados.

Visto que a PNH é uma política pública que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, tal política é compreendida como uma importante proposta de enfrentamento ao desafio vigente de mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde, pautada na defesa da autonomia e do protagonismo dos sujeitos que, ao produzir novas situações e desafios na realidade dos serviços e da gestão, constroem a si mesmos como novos sujeitos. Portanto, torna-se imprescindível enfatizar que a PNH

[...] coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. [...] [busca promover ampliação de análise] para a necessidade de inventar indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos, em suas dimensões subjetivas, inclusive (BRASIL, 2012, p. 8).

A partir dessa ótica, a PNH realiza um investimento nos trabalhadores da saúde e lança mão de uma ferramenta de formação de apoiadores, oferta realizada em diversos estados brasileiros. Nesse contexto, em São Paulo, tal formação realizou-se em meados dos anos 2007 e 2008 o curso nomeado “Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde”. A construção, planejamento, metodologia e demais informações relevantes sobre o referido processo formativo estão devidamente detalhados no capítulo quinto deste trabalho.

Findo o processo formativo, passados alguns anos, desponta a necessidade de análise referente aos possíveis efeitos e ressonâncias que esse processo formativo suscitou nos apoiadores participantes. Destarte, efetiva-se no período entre os anos de 2012 e 2014 o processo avaliativo intitulado “Formação em Humanização do SUS: avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”. As informações referentes à organização, ao planejamento, à metodologia e ao percurso do processo avaliativo estão explanados no capítulo sexto deste trabalho.

Finalmente, como resultante de tal processo surge o presente estudo que pretende explanar sobre a oportunidade de participação em um processo formativo o qual se configurou como estopim para os demais movimentos que serão detalhadamente abordados nos próximos capítulos, assim como todas as etapas subsequentes de idealização, organização, planejamento e execução dos diferentes processos vivenciados, além de promover visibilidade aos dados específicos do campo São Paulo bem como seus resultados locais, visto que, diante do acordo metodológico de construção de cenário coletivo envolvendo os três estados, algumas especificidades de cada território diluíram-se na análise final.







## **5 DEFINIÇÃO, CONSTRUÇÃO E PLANEJAMENTO DO CURSO OFERTADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS TRABALHADORES DA SAÚDE EM 2008**

Transcorridos três anos do surgimento da PNH no cenário da saúde, o MS organizou, no ano de 2006, o curso “Processo Nacional de Formação de Apoiadores”, recurso utilizado com o intuito de formar apoiadores em todos os estados do território brasileiro. Especificamente nesse curso, participou um grupo de pessoas que, posteriormente, compôs a organização e coordenação de novo curso que abrangeu o território do estado de São Paulo, objeto da presente pesquisa. Desse modo, a participação de um grupo de pessoas formadas apoiadoras por meio desse processo Nacional foi fundamental e culminou no interesse em disseminar para outros territórios do estado de São Paulo a potência que a PNH possibilita.

A partir dessa vivência proporcionada pela participação no Processo Nacional de Formação de Apoiadores e diante da necessidade de responder a duas demandas concomitantes, sendo a primeira a intenção de fomentar a promoção da disseminação da PNH nos territórios do estado e a segunda atender às reivindicações por solicitação de apoio para novas ações provenientes dos territórios, iniciou-se, então, uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES), o MS e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-SP (USP-SP), almejando o início do percurso para o planejamento e construção do Projeto de Formação de Apoiadores no estado de São Paulo. O produto decorrente dessa confluência foi a construção de um Projeto Estadual de Formação e Aproximação da Política Nacional de Humanização construído em parceria pactuada em tríade entre SES, MS e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP-SP.

É importante ressaltar que outros processos surgiram em diversos estados derivados da oferta do curso nacional que aconteceu em 2006. Cada território pode compor o curso de acordo com suas necessidades e especificidades. Nesse texto é dada ênfase apenas aos processos realizados nos estados de Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul, pois foram os locais onde a pesquisa Nacional foi realizada, conforme já descrito no capítulo primeiro deste trabalho.

O Quadro 1 sumariza as principais características de cada campo.

Quadro 1 – Características dos Cursos nos três Estados.

CARACTERIZAÇÃO	CURSOS		
	RIO GRANDE DO SUL	SANTA CATARINA	SÃO PAULO
<b>Modalidade</b>	Especialização	Aperfeiçoamento	Aperfeiçoamento
<b>Metas</b>	Formar 90 apoiadores institucionais.	Formar 80 apoiadores institucionais.	Formar 180 apoiadores institucionais.
<b>Parcerias</b>	MS/SAS/PNH SES-RS/ESP UFRGS	MS/SAS/PNH ESP-SES/SC UFSC	MS/SAS/PNH SES/SP USP/Dpto. Medicina Preventiva
<b>Financiamento</b>	MS/SAS/PNH (80%) SES/RS (20%)	MS/SAS/PNH (80%) SES/SC (20%)	MS/SAS/PNH (80%) SES-SP (20%)
<b>Período de realização do curso</b>	08/2008 a 05/2009: curso de apoiadores	12/2008: formação de formadores 05/2009 a 12/2009: curso de apoiadores	10/2007 a 01/2008: formação dos formadores 02/2008 a 12/2008: curso de apoiadores
<b>Carga horária</b>	360 h	230h	314 h
<b>Unidade de Produção de Saúde (UP's)</b>	9 UPs Coletivos organizados em torno da produção de saúde por redes nas macrorregiões do estado	8 UPs Coletivos organizados em torno da produção de saúde por redes nas macrorregiões do estado	14 UPs Coletivos organizados em torno da produção de saúde por redes nas macrorregiões do estado
<b>Resultados Finalísticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 103 apoiadores formados</li> <li>• 52 Municípios do RS com apoiadores formados</li> <li>• 101 Planos de Intervenção desencadeados/monografias entregues.</li> <li>• 67 Reuniões realizadas com gestores</li> <li>• 243 Reuniões realizadas com serviços de saúde, na rede local e regional</li> <li>• 132 Reuniões com Conselhos de Saúde, Comitês Regionais, GTHs e Secretarias de Saúde</li> <li>• 29 Participações de apoiadores/formadores em eventos regionais</li> <li>• 61 apresentações de trabalhos sobre a PNH em eventos durante o curso</li> <li>• 108 Inserções na mídia com apoiadores acerca da PNH no curso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 64 apoiadores formados</li> <li>• 28 Municípios de SC envolvidos e 01 do PR</li> <li>• 64 intervenções nas práticas de gestão e atenção acionadas</li> <li>• 2 gerências regionais de saúde da SES/SC</li> <li>• 24 secretarias municipais de Saúde envolvidas</li> <li>• 12 hospitais envolvidos</li> <li>• 38 encontros de UP com participação de gestores</li> <li>• Consolidação de parceria interinstitucional entre MS/SAS/PNH, SES/SC e UFSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 175 apoiadores formados</li> <li>• 31 municípios com apoiadores formados.</li> <li>• 79 Planos de Intervenção desencadeados</li> <li>• 19 hospitais envolvidos;</li> <li>• 13 Regionais de Saúde (DRS)</li> <li>• 10 unidades de gestão municipal</li> <li>• 01 conselho municipal</li> <li>• 06 unidades de especialidades</li> <li>• 01 CEREST</li> <li>• 05 Unidades Básicas de Saúde</li> <li>• 25 outras unidades (Pronto Atendimento, SAMU e outros) incluídas entre os Planos de Intervenção dos apoiadores formados.</li> </ul>

Fonte: Paulon, S. Relatório Parcial PROADI. Porto Alegre.

Diferentemente do que aconteceu em outros territórios que organizaram cursos na modalidade especialização, ou seja, num contexto de participação restrita apenas a profissionais com curso superior completo (como aconteceu, por exemplo, em Santa Catarina e Rio Grande do Sul), especificamente no estado de São Paulo, o curso foi estrategicamente elaborado para não se qualificar como curso de especialização visto que tal processo de formação foi construído pretendendo-se viabilizar a maior heterogeneidade possível, sendo, portanto, estrategicamente ofertado na modalidade aperfeiçoamento. Isso ampliou os atores envolvidos, incluindo a participação de diversas pessoas dos mais diferentes segmentos da atenção à saúde: agentes comunitários de saúde, recepcionistas, enfermeiros, psicólogos, médicos, gestores e, inclusive, de grupos de interesse como, por exemplo, integrantes de Movimentos Sociais, além de possibilitar a aplicação do método de formação indissociada da prática. Passos et al. (2008) sinalizam a relevância em trazer para primeiro plano o debate a respeito da indiscutível necessidade de incluir os mais diversos atores implicados com o processo de saúde, tal como a relevância e a necessidade em discutir a inseparabilidade entre gestão e atenção em saúde, entre planejamento e prática:

Apostar no método da inclusão como modo de fazer a avaliação nos compromete a pôr em análise modos de trabalhar que, no caso da saúde, repetem a separação entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre trabalhador e gestor, entre avaliador e avaliado (PASSOS et al., 2008, p. 218).

Para a realização do projeto formativo fez-se necessário sua execução em duas etapas consecutivas. A primeira constituiu-se do processo de formação de 14 Formadores e 6 Apoiadores Pedagógicos, que foram os responsáveis por dar continuidade ao projeto nas 14 Unidades de Produção (UP) do estado de São Paulo ocorrido entre outubro de 2007 e janeiro de 2008.

Esses momentos anteriores é que nos deram substrato pra ter formadores e apoiadores. Foi um processo que houve um encadeamento. Se não houvesse a etapa anterior nós não teríamos a menor condição, porque não teria formador, não teria apoiador pedagógico, ou seja, não teriam as pessoas qualificadas para tocar esse tipo de trabalho. (GF – Coordenação)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Posteriormente ao período de finalização da pesquisa acima citada tornou-se possível, especificamente para essa pesquisa, a realização de 1 Grupo Focal com os coordenadores do curso do estado de São Paulo. Posteriormente foi realizada a transcrição desse material; esse momento foi relevante para a compreensão da linha cronológica de acontecimentos que culminaram

Tinha um outro aspecto que eu acho que a gente tem que fazer conexão que é assim, o curso esse anterior que nós falamos nós acabamos tirando algumas pessoas desse curso que foram apoiadores pedagógicos ou formadores (GF – Coordenação).

A segunda etapa constituiu-se no processo local de formação de Apoiadores transcorrido no campo São Paulo entre fevereiro e dezembro de 2008, contabilizando carga horária de 314 horas e contemplando um total de 180 participantes engajados com a saúde de todo o estado.

Os 180 participantes foram alocados segundo o que se denominou Unidade de Produção (UP) que, conforme aponta Campos (1998), é um conceito que surge como aposta em uma composição de profissionais funcionando como equipe multiprofissional e para que seja possível atuar “mais conforme as lógicas específicas de cada processo de trabalho” (CAMPOS, 1998, p. 866) em detrimento dos antigos departamentos e seções caracterizadas pelo agrupamento de pessoas segundo determinados critérios pré-estabelecidos, como por exemplo, profissão do trabalhador. É, portanto, uma construção que busca romper com as hierarquizações no trabalho criando estratégias de gestão que viabilizam o exercício da função apoio.

Os integrantes de cada UP foram organizados em um arranjo composto por um coletivo heterogêneo, envolvido pelo mesmo objeto ou objetivo claramente definidos e identificáveis, em que se aplicam processos de gestão participativa. Cada UP devia elaborar o que Campos (1998) denominou Projeto de Trabalho, no entanto, durante o período de desenvolvimento do curso o mesmo processo construtivo foi denominado Plano de Intervenção (PI). Para cumprir essa tarefa os participantes organizaram-se de modo a funcionar, simultaneamente, de maneira democrática e também delimitando precisamente os compromissos e responsabilidades individuais e coletivas.

Para melhor funcionamento das UPs o autor aponta que é imprescindível que todos tenham acesso às informações fundamentais e que seja facilitado a criação e manutenção de horários com a finalidade de viabilizar reuniões regulares de cada coletivo das UPs. A definição do tempo destinado aos encontros deve contemplar o período do trabalho visto que o planejamento e a reflexão devem estar

---

na efetivação tanto do processo formativo quanto do processo avaliativo. Alguns dos trechos considerados mais relevantes oriundos desse momento foram incorporados ao texto desta dissertação e auxiliaram a composição do presente trabalho.

contemplados no decorrer do processo de trabalho. É recomendável que haja Supervisão Matricial que funcionaria não com intuito de verificação, controle e fiscalização, mas como “agente externo que se reúne com a equipe para instituir processos de reflexão crítica e de educação permanente [...] como apoiador e agenciador de mudanças, alguém que ajudasse na identificação e no enfrentamento de problemas” (CAMPOS, 1998, p. 866).

No estado de São Paulo foram organizadas 14 UPs, em cada uma delas participaram 2 formadores, 1 educador pedagógico e, em média, 15 apoiadores que foram indicados pelo conjunto de municípios que compunham geograficamente o território abarcado pela UP, contemplando, no total, 31 municípios paulistas. As UPs foram assim distribuídas: UP São Paulo-Capital; UP Grande São Paulo; UP Sorocaba; UP Santos; UP Vale do Ribeira; UPs Campinas 1, 2 e 3; UP Piracicaba/São João da Boa Vista; Araraquara/São Carlos/Ribeirão Preto; UP São José do Rio Preto; UP Araçatuba/Barretos; UP Pontal do Paranapanema/Presidente Prudente; UP Assis/Marília.

Existe uma diferenciação entre o papel dos formadores e dos apoiadores pedagógicos. Os formadores estão mais envolvidos em ofertar suporte aos apoiadores e suas ações nos territórios, em fortalecer a grupalidade na UP, além de realizar apoio cotidiano aos processos de intervenção elaborados pelos apoiadores. Os apoiadores pedagógicos, por sua vez, exercem suas funções atuando diretamente junto aos processos de aprendizagem, exercendo apoio na elaboração de mapeamentos nos territórios indispensáveis para a continuidade e sustentação dos projetos resultantes como produtos dos cursos. De acordo com cada arranjo local, o formador e/ou o apoiador pedagógico podem interferir na articulação regional das redes em maior ou menor grau (PAVAN et al., 2012).

Para a realização do processo de formação no campo São Paulo foram previstos:

- a) encontros presenciais gerais com a participação de todos os envolvidos (apoiadores, formadores e apoiadores pedagógicos) de todas as UPs, pretendendo dessa maneira, fortalecer ações macropolíticas.

Sobre a metodologia destes encontros, têm-se observado ser fundamental que os facilitadores das oficinas optem por metodologias capazes de fomentar um diálogo ativo com o concreto, e que a metodologia de oferta da diretriz/dispositivo se dê a partir de problemas que façam sentido, reverberem no apoiador (PAVAN et al., 2012; p. 87);

- b) encontros presenciais regionais em cada UP com o objetivo de prosseguir as discussões vivenciadas nos encontros gerais além de organizar a UP para que os atores pudessem participar das atividades preparadas para o próximo encontro geral. Nos encontros regionais, que são descentralizados, os apoiadores puderam discutir sobre os temas já apresentados em outros encontros, trazer novos temas para a discussão baseados em seus territórios/processos de trabalho bem como articular novos arranjos e/ou construir novas redes. Assim, esses espaços propiciaram “aproximações sucessivas das experiências do cotidiano do trabalho com o conteúdo teórico, utilizando uma inversão metodológica dos tradicionais modos de trazer conteúdos para a discussão” (PAVAN et al., 2012; p. 88);
- c) encontros e atividades virtuais: foram organizados em plataforma virtual. A partir do acesso à plataforma virtual, os apoiadores visualizavam textos para estudo, materiais de apoio e espaços para troca de experiências e reflexões entre todos os atores envolvidos em conformidade com os princípios da formação-intervenção. O ambiente virtual atuou como ferramenta facilitadora de aproximação entre os apoiadores em detrimento da distância geográfica em que se encontravam os participantes envolvidos no processo de formação.

Os encontros organizados no decorrer do processo formativo foram compreendidos como oficinas. A estrutura das oficinas foi diretamente elaborada baseada nas metodologias ativas, tendo como meta o desenvolvimento de processos de aprendizagem significativa. Os encontros dispunham de um momento de aproximação ao tema proposto para aquele encontro, a partir dessa conversa expunha-se em uma situação-problema que deveria ser discutida por todos os participantes e, como atividade adicional, propunha-se a busca por identificação de questões de aprendizagem que deveriam ser pesquisadas, com o apoio do formador, no ambiente virtual do curso, composto por uma série de materiais que contemplava os principais temas discutidos nos encontros.

No encontro subsequente, retomava-se o tema discutido e pautado, naquele momento, pela instrumentalização dos conceitos teóricos almejando nova reflexão sobre seus efeitos e consequências no cotidiano de cada serviço.

A dinâmica das oficinas pode ser assim sintetizada: o ponto de partida foi a identificação de situações e vivências experienciadas no cotidiano dos serviços. Posteriormente a esse reconhecimento iniciava-se o estudo teórico. Uma vez agregada a bagagem teórica, retornava-se ao cotidiano dos serviços, utilizando-se as novas lentes recém-adquiridas como produto das discussões e leituras. O processo era finalizado com a elaboração de uma proposta de ação, concretizando alguns dos conceitos aprendidos.

Dessa maneira, no decorrer do processo formativo os participantes vivenciaram uma série de ferramentas que foram utilizadas durante o curso. Dentre elas:

- a) metodologia participativa: ao longo dos encontros os participantes foram apresentados a maneiras distintas de trabalhar sobre diversos temas, transpondo assim, o modo já tradicionalmente arraigado de ensino e aprendizagem, passando a vivenciar em cada encontro a proposta da metodologia participativa. Os participantes, nos momentos do encontro, eram convidados a deixar de lado a ideia de participação passiva e atuarem ativa e coletivamente na construção contínua de conhecimentos. Desse modo, a figura do Formador é, na verdade, muito mais representativa de mediador do que, necessariamente, de formador. Os Formadores e os Educadores pedagógicos estavam presentes para incitar discussões, problematizar situações e instigar os participantes a refletir, muito mais do que simplesmente ouvir.

As pessoas estão acostumadas a sentar e ficar ouvindo. Concepção bancária de formação. E a gente pensava “será que as pessoas vão aguentar o tranco”, mas à medida que você vai dando voz às pessoas elas começam a experimentar a liberdade de opinar, de decidir, de interferir, de sair do puro reclamo. (GF – Coordenação)

- b) discussão de casos: os formadores levavam para a discussão coletiva questões disparadoras que eram suscitadas a partir da leitura de situações problema, de situações ideais ou de práticas exitosas que, mesmo genéricas, em alguma medida levantavam problemáticas relacionadas ao cotidiano do processo de trabalho ou ao território em que estavam inseridos; e
- c) confeção do PIs a partir de problemáticas do cotidiano: desde o início do processo de formação, estava constantemente presente a ideia de



inevitavelmente remeter-se ao seu território de atuação. Instigavam-se os participantes, intencionalmente, para que o método do curso, os conceitos, os princípios e os dispositivos fossem pensados na perspectiva de multiplicá-los em seus territórios. Sendo assim, durante o andamento do processo foi solicitado aos participantes do curso que construíssem PIs utilizando-se dos saberes construídos ao longo dos encontros e, conseqüentemente, meios para realizá-los baseando-se nas problemáticas levantadas a partir do olhar crítico ao seu território.

Diante da metodologia apresentada, é possível afirmar que tal processo formativo opera por meio da articulação de coletivos, além de promover reflexão-problematização interpelando sobre o modo de comunicação entre os diferentes atores (trabalhadores, gestores, usuários), setores, estabelecimentos e programas, buscando, assim, o fortalecimento de redes de cooperação intra e interequipes/serviços.

Operar com tal noção implica ocupar-se da formação e entendê-la como uma prática passível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações; ela incita por sua potência de provocar a produção de outros problemas, ou seja, pela sua condição problematizadora. [...] Desse modo, não se trata de lidar com conhecimentos e informações como objetos já dados ou como técnicas destituídas de seu caráter de produção social, econômica e cultural que são repassadas a receptores passivos. Neste caso, estaríamos no plano de uma formação-consumo [...] (BRASIL, 2010, p. 18).

Tal processo formativo pretendeu apresentar novo modelo de formação objetivando que os trabalhadores da saúde pudessem tornar-se capazes de analisar e intervir em seus processos de trabalho nos mais distintos serviços de saúde. Sendo assim, o curso foi construído pautado na intencionalidade de “formar sujeitos dotados de capacidade para disparar, fomentar e consolidar processos de mudanças na gestão e nos modos de atenção à saúde, em conformidade com as proposições da Política Nacional de Humanização” (YASUI; SANTOS, 2010, p. 37).

Como produto da aposta nesse processo formativo requisitou-se aos apoiadores a construção de uma proposta de PI que poderia ser confeccionada individualmente, em dupla ou em grupo, de acordo com as composições dos trabalhadores participantes de cada UP. Então, balizados pelos conhecimentos construídos ao desenrolar do curso e pelo processo de construção do PI, os apoiadores foram convidados a exercer e exercitar os conhecimentos e criar

estratégias de intervenção empregando-as de acordo com as necessidades de seus territórios.

Os PIs podem ser compreendidos enquanto estratégias de atuação e não se definem como simples matrizes como arranjos de organização de ações, são mais abrangentes, visto que são instrumentos que ressaltam espaços/momentos de reflexão sobre o processo de trabalho, configurando-se como “estratégias concretas de viabilização de movimentos e ações que apontam metas, mas sempre como expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades coletivamente definidas e compartilhadas” (PAVAN et al., 2012, p. 90).

Temos, assim, a demonstração de que tal ferramenta opera por meio da articulação de coletivos e busca favorecer a reflexão e problematização das práticas cotidianas, além de contribuir para a investigação referente ao modo de comunicação entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde – trabalhadores, gestores e usuários – entre setores, estabelecimentos e programas, almejando o fortalecimento de redes intra e interequipes e serviços, além de possibilitar a construção de novas redes.

Para que se efetivasse o processo de construção dos PIs, os envolvidos executaram conjuntamente uma análise do seus cenários, das relações e dos processos de trabalho em que atuavam, assim, a partir dos conhecimentos vivenciados durante o curso e ao longo da estruturação do PI, tornou-se possível aos apoiadores mapear as demandas de seus territórios elegendo as que se apresentavam dentro de sua governabilidade de atuação.

Após a finalização e apresentação dos PIs pelos apoiadores, tais documentos configuraram-se “[...] como um analisador que permitiu dar visibilidade a várias questões que perpassam as políticas públicas de saúde no Brasil” (HECKERT; NEVES, 2012, p. 21).

Restrito ao período que engloba os cursos supracitados, no estado de Santa Catarina foram elaborados 64 PIs; no Rio Grande do Sul foram elaborados 101 PIs; e em São Paulo foram elaborados 79 PIs, somando um total de 244 PIs.

Ao final do processo, formaram-se 175 apoiadores institucionais no estado de São Paulo.

Ele [o curso] não nasce antes, não é uma oferta, foi construído a partir de uma necessidade. [...] Tanto que nós não tivemos dificuldade. [...] Por exemplo, se a gente fizesse em outros períodos, não teria a adesão que a

gente teve e em todas as UPs, tiveram algumas defecções aqui e ali, mas a maior parte dos participantes foi do começo ao fim (GF – Coordenação).

O PI foi uma estratégia elaborada para configurar-se como proposta principal a fim de disparar a reflexão sobre como intervir no território.

Os cursos passaram a ser ofertados a partir de 2008. Desde então, notou-se a necessidade de realizar avaliações dos resultados e efeitos produzidos a partir de tais investimentos nesse público.

## 6 PERCURSOS DAS PESQUISAS: MOMENTO PESQUISA NACIONAL E MOMENTO PESQUISA LOCAL

O trabalho intitulado “Formação em Humanização do SUS: Avaliação dos efeitos dos processos de formação de apoiadores institucionais na produção de saúde nos territórios do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo”<sup>2</sup>, foi um projeto construído em parceria entre as universidades UFSC, UFRGS e UNESP-SP, realizado com financiamento CNPq (Campo São Paulo e Campo Santa Catarina) e PROADI (Campo Rio Grande do Sul) e desenvolvido no período entre os anos de 2012-2014 e que, posteriormente, desdobrou-se no presente projeto de pesquisa.

A pesquisa supracitada dedicou-se a avaliar os processos de formação de apoiadores institucionais realizados pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS em São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, entre os anos de 2008 e 2009, a partir dos seus efeitos na produção de saúde nos respectivos territórios.

Durante o processo de pesquisa foi possível elencar como objetivos secundários:

- a) identificação e análise dos fatores condicionantes que favorecem ou dificultam a sustentação e continuidade dos processos desencadeados pelos PIs nos territórios;
- b) empenho em propiciar que os sujeitos envolvidos na pesquisa se apropriem dos conhecimentos e resultados gerados na realização de um processo avaliativo; e
- c) contribuição para o desenvolvimento de metodologias e instrumentos avaliativos sensíveis às dimensões da humanização, de modo a enriquecer e ampliar o marco teórico-metodológico para pesquisas no campo da humanização e da educação em saúde.

Para melhor ilustrar os balizadores na construção dessas análises, foram construídas 3 Dimensões Analíticas, descritas no Quadro 2.

---

<sup>2</sup> Fonte de financiamento: Pesquisa realizada no âmbito do Projeto Desenvolvimento de Técnicas de Operação e Gestão de serviços de Saúde em uma Região Intramunicipal de Porto Alegre – Distritos da Restinga e Extremo-Sul, de acordo com o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), firmado entre o Ministério da Saúde e a Associação Hospitalar Moinhos de Vento, por meio do termo de ajuste de número 05/2011, assinado em 31 de dezembro de 2011. Projeto de pesquisa nacional submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo: 0241.3108-11, aprovado em 18 de novembro de 2011.

Quadro 2 – Dimensões Analíticas.

		CATEGORIAS TEMÁTICAS
<b>DIMENSÕES ANALÍTICAS</b>	<b>PRODUÇÃO DE SI</b>	1. Motivação para entrar/estar no curso
		2. “Reencantamento” pelo SUS
		3. Mudanças na relação do sujeito com seu processo de trabalho
		4. Experimentação do protagonismo e da dimensão coletiva do trabalho em saúde
		5. Corresponsabilização do apoiador com sua trajetória de formação
		6. Experimentação da função apoio pelos apoiadores
	<b>PRODUÇÃO DE PRÁTICAS</b>	1. Diretrizes/dispositivos acionados
		2. Fatores condicionantes para o desenvolvimento da intervenção e sua sustentabilidade
		3. Processos de trabalho transformados
		4. Interferência nos modos de gestão
		5. Interferência nos modos de atenção
	<b>PRODUÇÃO DE REDES</b>	1. Fatores condicionantes para o fomento de redes e sua sustentabilidade
		2. Articulação de ações interserviços
		3. Articulação com outros setores e políticas públicas
		4. Articulação junto a coletivos já existentes no SUS
5. Constituição de novos coletivos		

Para a construção, desenvolvimento e realização da pesquisa, a totalidade de participantes estava alocada em três comitês estaduais de pesquisa com composição heterogênea: havia participantes ligados às universidades (Unesp, UFRGS, UFSC) e participantes não atrelados à academia. Compunha cada comitê estadual seu respectivo coordenador, bolsistas de iniciação científica, de mestrado e de doutorado, além de outros participantes envolvidos diretamente nos processos de formação-intervenção e que foram fundamentais para sua realização tais como coordenadores dos cursos, representantes das secretarias de saúde, apoiadores pedagógicos ou formadores e apoiadores formados.

A inauguração desse processo de pesquisa aconteceu no início de 2012 em uma Oficina Nacional. As Oficinas Nacionais contavam com presença maciça de todos os pesquisadores envolvidos e constituíam-se em um espaço coletivo de

debates e discussões sobre os mais diversos pontos da pesquisa. Eram convocadas em momentos cruciais para discussões teóricas, alinhamento das atividades já realizadas em cada comitê e para construção dos passos seguintes. Ao longo de todo o ato de pesquisar foram realizadas 8 Oficinas Nacionais.

A primeira Oficina apresentou o software Atlas.ti® que foi utilizado para tratamento e análise dos documentos, permitindo o levantamento de uma série de informações indispensáveis ao andamento de todo o processo de pesquisa: a heterogeneidade que envolveu os cursos de formação de apoiadores realizados nos estados de Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul.

Nessa Oficina, foi realizada a primeira pactuação referente ao levantamento dos PIs (estratégia baseada na construção de uma proposta sobre como colocar em prática, no seu território, as ferramentas da PNH apresentadas e trabalhadas durante o curso) confeccionados pelos apoiadores ao final do curso. Surgiu nesse momento a primeira dificuldade do campo São Paulo, que foi justamente o resgate desse material, o qual não estava depositado na universidade tal quais estavam os materiais correspondentes aos campos Santa Catarina e Rio Grande do Sul, pois, nestes dois últimos estados, diferentemente de São Paulo, a oferta do curso foi feita na modalidade especialização, deste modo houve, nesses territórios, facilidade no resgate de tais arquivos (as razões para tal escolha foram evidenciadas no capítulo anterior).

A partir desse momento, a equipe São Paulo passou a realizar contato com “pessoas-chave” almejando recuperar tais documentos que seriam posteriormente analisados. Essa busca foi feita manualmente e envolveu coordenadores do curso, formadores e pesquisadores.

Concluída a etapa de levantamento documental iniciou-se a etapa seguinte, que foi de aproximação, experimentação e reconhecimento do Software Atlas.ti®, utilizado para o tratamento dos dados construídos no decorrer da pesquisa. Posteriormente, iniciou-se efetivamente o trabalho de alimentação dos dados no programa. O trabalho consistiu em incluir no Atlas.ti® uma lista de códigos que foram balizadores para a leitura dos documentos. Esta lista foi apresentada por uma pesquisadora do Comitê Santa Catarina que desenvolveu pesquisa de doutorado sobre o tema PNH e utilizou metodologia semelhante e pactuada de comum acordo entre os três Comitês como um ponto de partida para a sistematização dos dados. Contudo, com o andamento da pesquisa houve a percepção de que alguns trechos

estavam sendo destacados, no entanto, havia dificuldade em relacioná-los à lista de códigos apresentada. Diante da dificuldade em prosseguir com a codificação dos arquivos, nova Oficina Nacional foi organizada com o objetivo de apresentar o andamento e as dificuldades decorrentes da codificação em cada comitê, promovendo uma discussão sobre a possibilidade de criação de novos códigos que contemplassem os trechos destacados quando não houvesse códigos correspondentes na listagem utilizada, além de construir o alinhamento das próximas etapas.

Foi de suma importância que essa etapa tenha sido construída coletivamente, uma vez que todo o material analisado seria, posteriormente, organizado como produto de uma pesquisa Nacional e os três estados comporiam um campo único. Ao longo de todo o percurso da pesquisa a sintonia intra e intercomitês foi, constantemente, objeto de preocupação entre os pesquisadores.

Após experimentação do software e alinhamento da metodologia de uso dos códigos, os PIs foram inseridos no Atlas.ti® em forma de texto. Cada equipe de pesquisadores realizou a leitura dos arquivos correspondentes ao seu estado, perpetrando destaque aos trechos importantes e correlacionando-os aos códigos listados. Dessa maneira, alguns códigos foram mais utilizados, outros menos. A pesquisa não produziu dados pautados na repetição dos códigos. O critério utilizado para a análise foi resultante da leitura da composição dos trechos destacados a partir de cada código.

Concomitantemente ao andamento da leitura e destaque dos trechos significativos, a equipe de pesquisadores de cada comitê iniciou contato via e-mail com os apoiadores egressos dos cursos em questão no intuito de iniciar a construção dos primeiros Grupos Focais (GF).

Em nova Oficina Nacional sistematizou-se a implementação de um questionário eletrônico a ser enviado aos apoiadores via e-mail com os propósitos de produção de novos dados além da realização de um primeiro mapeamento referente à expectativa de retorno ao contato dos apoiadores egressos. Portanto, a etapa subsequente consistiu em aplicação de questionário eletrônico via e-mail encaminhado por cada comitê aos seus respectivos apoiadores. O questionário foi respondido por 144 apoiadores de um universo de 342 apoiadores formados nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

No questionário havia perguntas estruturadas e para algumas questões havia uma caixa de texto para que o apoiador pudesse discorrer sobre a questão, caso desejasse enviar informações que não estavam contempladas. O questionário foi composto por três partes:

- a) a primeira, composta pelo fornecimento de dados pessoais – mantidos em sigilo durante todo o processo de pesquisa – essa etapa solicitava informações como nome completo, idade, profissão, sexo, escolaridade, esfera da instituição em que atua (municipal, estadual ou federal) e natureza da instituição;
- b) a segunda parte do questionário intitulada “Você, o SUS e a PNH” abarcou questões referente ao tempo de atuação do apoiador no SUS, o grau de conhecimento (pré e pós-curso) sobre a PNH tanto do apoiador quanto dos colegas de trabalho e da gestão, questões referente a percepção de alteração do grau de conhecimento em função da participação no curso, questões sobre a escolha do PI (se foi possível executá-lo, se contou com parcerias para sua implementação); e
- c) a terceira e última parte do questionário nomeada “Sobre o curso” foi composta por questões que faziam menção ao conteúdo apresentado, à metodologia empregada, além de questões que problematizam junto ao apoiador o seu grau de comprometimento com relação às propostas do curso, à compreensão das propostas da PNH e também questões para saber se o processo de formação foi potencializador de forma a provocar alguma transformação na relação entre o apoiador e o SUS.

A realização desta etapa permitiu que os pesquisadores, por meio da aplicação do questionário eletrônico, construíssem um levantamento atualizado da conjuntura em que se encontravam os PIs, bem como de fatores intervencionais e favoráveis para sua execução e manutenção. As questões analisadoras contidas nessa ferramenta contemplam os eixos analíticos que norteiam a avaliação dos efeitos do curso em suas três Dimensões Analíticas:

- a) Produção de subjetividade (Produção de si);
- b) Produção de novas práticas em saúde; e
- c) Produção de novas redes de atenção à saúde.

Para a efetivação da aplicação do questionário eletrônico foi utilizada a plataforma do Ministério da Saúde FORMSUS que permite a gestão autônoma dos



resultados obtidos pela colheita de dados possibilitando, inclusive, a organização e sistematização dos dados quantitativos gerados a partir das respostas às questões fechadas.

Os dados produzidos pelos apoiadores a partir das respostas do questionário também foram inseridos e analisados por meio do software Atlas.ti®, tendo como base a matriz analítica construída nas etapas anteriores.

Ao passo que os questionários eram encaminhados aos apoiadores, eram remetidos também, via e-mail, convites na tentativa de composição dos GFs.

Segundo Miranda (2008) a definição de Grupo Focal consiste em

[...] uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais que compartilham traços comuns. Caracteriza-se pelo interesse nos conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes sobre uma questão específica. Em geral, tais informações são mais facilmente captadas durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros. (MIRANDA et al., 2008, p. 250)

Nessa etapa começam a surgir os primeiros indícios da ousadia metodológica desse processo: contatar os apoiadores após quatro anos da conclusão do curso de formação nos rendeu, quantitativamente, baixo número de retorno dos apoiadores aos convites enviados – inicialmente, prevíamos a realização de um GF por UP. Conquanto, estudos sinalizam as dificuldades encontradas nesse tipo de trabalho, dentre elas:

- a) localização dos sujeitos (os bancos de dados referentes a endereços físicos, eletrônicos e telefones não retratam a realidade do momento da coleta, mas uma situação anterior que raramente é atualizada);
- b) disposição do egresso em cooperar, cedendo seu tempo e oferecendo informações sobre sua vida privada; e
- c) escassez de referenciais teóricos e metodológicos de pesquisas com egressos que sirvam para subsidiar a investigação (LORDELO; DAZZANI, 2012 apud SILVEIRA; CARVALHO, 2009).

Como já descrito, inicialmente, o contato que apresentou o convite para a realização do GF foi feito via e-mail, contudo, diante do baixo número de retornos foram realizadas, posteriormente, tentativas de contato via telefone. De modo geral, obtivemos pouco êxito nos contatos e baixo número de retorno de apoiadores ao convite.

Nesse momento mais uma Oficina Nacional foi organizada para planejamento da próxima etapa: a construção dos GFs. A essa altura já tínhamos um breve panorama referente aos contatos com os apoiadores. Um sinalizador importante levantado nessas discussões foi a especificidade do campo São Paulo por tratar-se de território geográfico extenso.

Diante de tais dificuldades, a solução vislumbrada foi a pactuação de construção de GFs a partir dos territórios onde obtivemos êxito no contato. Dessa maneira, no campo São Paulo, foi possível organizar com os atores egressos 8 GFs<sup>3</sup> e 2 entrevistas: 2 GFs em São Paulo; 1 GF na Grande São Paulo; 1 GF sistematizado por meio da junção de apoiadores de 3 UPs (sendo elas: UP Araraquara, UP São José do Rio Preto e UP Barretos/Araçatuba) e, para contemplar o maior número possível de apoiadores, na UP Campinas foram organizados 4 GFs em datas distintas, além de 2 entrevistas: uma entrevista com uma apoiadora da UP Grande São Paulo e outra entrevista com uma apoiadora da UP Vale do Ribeira. Não foi possível a realização de GFs ou entrevistas com apoiadores das UPs: Sorocaba, Santos, Piracicaba/São João da Boa Vista, Pontal do Paranapanema/Presidente Prudente e Assis/Marília.

A partir da experiência no GF, foram construídas narrativas, ferramenta que consiste em estratégia metodológica baseada em confeccionar um texto, elaborado pela figura do pesquisador em momento posterior ao evento, compreendido como produto da conversa e que sintetiza a fala do grupo visto que

[...] a narrativa como representação do tempo e da ação humana não se ordena necessariamente de forma cronológica, numa descrição linear dos eventos, mas deve corresponder à experiência psicológica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos a sua característica fundamental” (MIRANDA et al., 2008, p. 262).

A ideia inicial baseava-se na construção das narrativas para, posteriormente, encaminhá-las para apreciação de todos os participantes – do GF ao qual se remete a narrativa – a fim de assegurar que tal construção obtenha sucesso em contemplar o que foi discutido nos encontros, garantindo também, a possibilidade dos interessados acrescentarem, suprimirem ou alterarem o texto redigido, assegurando

---

<sup>3</sup> A perspectiva da pesquisa era realizar GF, porém, diante de diversas dificuldades não foi possível a sua realização tal qual o método o propõe. No entanto, como a pesquisa Nacional continuou utilizando este termo, optamos por mantê-lo, mesmo reconhecendo esta dificuldade, pois a condução dos grupos foi inspirada na metodologia do GF.

dessa maneira, que a construção final fosse produto de uma composição coletiva do texto. No entanto, infelizmente, alguns impedimentos impossibilitaram o seguimento do plano inicial.

Com a pesquisa Nacional em andamento e dados o compromissos dos pesquisadores empenhados no fechamento deste processo, transcorreu-se um longo período entre a efetivação dos GFs, as construções das narrativas e as análises dos dados almejando concluir a pesquisa.

Sucedeu-se, pois, que um longo intervalo de tempo separou os momentos de construção das narrativas e devolução dos materiais aos apoiadores para apreciação, ratificação ou retificação quando necessário. Assim, a etapa seguinte seria a organização de um segundo GF com os mesmos apoiadores para a validação do material, entretanto, essa etapa de validação não faria mais sentido, ao levar em consideração o intervalo entre a execução do GF até o momento em que as narrativas encontraram-se concluídas. Esse intervalo foi cerca de um ano.

Diante dos impasses, o grupo de pesquisadores sistematizou que cada pesquisador participante do GF ficaria responsável pela construção da narrativa do GF em questão e, posteriormente, os demais pesquisadores que compunham o campo São Paulo e que não participaram desse evento fariam a apreciação do material construído no intuito de viabilizar uma nova alternativa de validação desses dados. Os pesquisadores que não participaram do GF correspondente àquela narrativa, ao realizar a leitura, faziam o papel de estranhamento do material, ou seja, verificação de ortografia, sentido, coerência e coesão (textual e ideológica).

Simultaneamente à etapa de leituras e estranhamento do material construído a partir dos GFs, nova Oficina Nacional foi organizada para discussão de quais seriam os próximos passos. O acordo pactuado a partir desse encontro foi que daríamos prosseguimento ao tratamento dos dados pelo programa Atlas.ti®.

Portanto, a etapa subsequente foi de alimentação do programa com as narrativas produzidas, releitura das mesmas e aplicação da metodologia de destaque dos trechos relevantes a partir da nomeação pelos códigos inseridos no programa. Finalizada a etapa de codificação do material, realizou-se, com auxílio do programa, uma aglutinação de códigos por proximidade de sentido denominado pelo programa como “Famílias” e, posteriormente, a mesma metodologia de construção deu origem às “Super Famílias” (SF).

No total foram organizadas oito SFs – são elas:

- a) Ampliação na capacidade de análise – diz respeito à possibilidade de o apoiador reposicionar-se por meio da potencialização da análise da demanda de seus territórios de atuação, do processo de trabalho, das próprias práticas, das relações, de redes, etc. Inclui a articulação de conceitos e elementos teóricos que sublinham a indissociabilidade entre emergência das demandas e o exercício de colocar-se junto ao outro e seus interesses. Para essa categoria buscou-se responder às seguintes perguntas norteadoras
- o curso amplia/ampliou a capacidade de análise dos trabalhadores/apoiadores?
  - em qual medida o processo de formação permitiu/contribuiu com a análise de demanda territorial, identificando os nós críticos?
- b) Dimensão ético-estético-política – compreende-se na problematização da realidade e dos modos de subjetivação que nela aparecem, a fim de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações. Para esta categoria buscou-se responder à seguinte pergunta-guia: como se deu a experimentação ético-estético-política dos apoiadores formados pela e para a PNH?
- c) Dispositivos-curso-intervenção – aponta para as possibilidades de reconhecimento ou de construção de intervenções, a partir do conhecimento dos Dispositivos na PNH e da experimentação do processo de formação. Para essa dimensão tomou-se como questões-guia:
- de que modo os processos de formação e o PI acionaram os dispositivos da PNH?
  - qual a dimensão da intervenção produzida no processo de formação?
- d) Função Apoio – diz respeito à percepção do exercício da função apoio – pelos apoiadores no território, pelos formadores durante o curso, pelos pares no processo de trabalho, pela gestão. Para esta situação buscou-se responder à seguinte pergunta-guia: o processo de formação produziu função apoio?
- e) Método da Inclusão e cogestão – baseada na Diretriz “Cogestão” que consiste na democratização dos serviços de saúde, na qual todos os sujeitos participam dos processos de decisão, de criação de espaços comuns, e da construção de uma corresponsabilidade na gestão e nos modos de cuidado. Para a análise dos dados produzidos nesta SF foram elaboradas duas questões-guia:

- como o método de inclusão emerge e comparece no processo de gestão participativa?
  - quais interferências foram observadas nos processos de Gestão?
- f) PNH conceito – reencantamento do concreto – defesa do SUS – refere-se a uma reflexão sobre o conceito da PNH como potência ou como um sintoma, a ressignificação da experiência concreta e ao reposicionamento dos trabalhadores em relação ao projeto civilizatório do SUS. Essa SF surge na pesquisa diante da constatação de que os PIs produzidos ao final dos cursos apontavam para resultados que denotavam uma concepção que ia de encontro aos princípios e diretrizes preconizados pela Política que fundamentava os referidos processos de formação. Diante deste fato, os pesquisadores se depararam com uma dimensão não prevista, o qual permitiu que problematizassem sua implicação com o objeto de estudo e o processo investigativo, dado que são, ao mesmo tempo, os sujeitos que interrogam e os que produzem os fenômenos em análise. Dessa maneira, nesta SF, buscou-se analisar e refletir sobre o conceito da PNH como potência ou como um sintoma, sobre a ressignificação da experiência concreta e sobre reposicionamento dos trabalhadores em relação ao projeto civilizatório do SUS, seja na perspectiva de um reencantamento do concreto (VARELA, 2003) quanto na defesa do SUS.
- g) Redes – composta por quatro famílias, quais sejam: rede de equipamentos, rede de trabalhadores, rede social e rede intersetorial. Para alcançar o objetivo proposto e proceder à análise dessa SF, buscou-se responder à seguinte pergunta norteadora: o processo de formação favoreceu a produção de redes, fomentando novas e/ou reforçando as existentes?
- h) Sentidos e estratégias pedagógicas – essa SF contempla apontamentos que fazem referência à metodologia do curso, aos sentimentos dos apoiadores pelo modo como o curso foi conduzido, sugestões dos apoiadores durante e pós-curso.

Para a realização da análise foram considerados os materiais provenientes das três etapas de coleta/produção de dados, lembrando que se tratam dos PIs, questionários eletrônicos e narrativas coadunados aos códigos que compuseram as SFs e formaram o alicerce para a análise da pesquisa.

A etapa seguinte consistiu, debruçando-se sobre o material proveniente de cada uma das 8 SFs, no cerzimento das três composições estaduais (Santa Catarina, São Paulo e Rio Grande do Sul) contemplando os materiais provenientes da leitura dos PIs, das respostas aos questionários eletrônicos e das narrativas resultando, dessa maneira, em oito composições (uma para cada SF) como produto Nacional.

Como repercussões dessa construção coletiva, ao final do processo de pesquisa, resultaram nove artigos científicos publicados em edição da revista científica *Saúde e Transformação Social*.

Ao longo de todo o processo de pesquisa, o percurso metodológico foi discutido e construído constantemente e coletivamente com a intenção de criar espaços e condições de participação. Isto posto, a partir das necessidades oriundas no decorrer do ato de pesquisar, foram instauradas duas novas instâncias em cada comitê estadual: o Comitê Ampliado de Pesquisa (CAPE)<sup>4</sup> e o Grupo de Interesse da Pesquisa (GIP). O primeiro, CAPE, foi organizado para ser um grupo que possibilitasse a participação de outros integrantes além dos pesquisadores acadêmicos, agregando, desta forma, pesquisadores não acadêmicos aos encontros mensais de planejamento, organização e gestão das etapas da pesquisa. O segundo, GIP, foi pensado como estratégia alternativa mediante a dificuldade de nível operacional devido à complexidade (dada a dificuldade geográfica e o baixo índice de retorno aos contatos feitos aos apoiadores) de inclusão dos sujeitos participantes do processo de formação distribuídos em diversas cidades dos três estados.

Nesse sentido, numa investigação cuja metodologia se pretende participativa, é recomendável que a equipe de pesquisa seja composta não somente pelos pesquisadores acadêmicos, mas também pelos interessados por aquela avaliação. Em outras palavras, o grupo de pesquisa teria que ser composto não somente por pesquisadores da universidade, mas também pelos próprios apoiadores e formadores envolvidos com o processo formativo de modo a garantir que os valores com os quais se avaliaria o processo de formação de apoiadores fossem construídos incluindo a diversidade de perspectivas em jogo (PAULON et al., 2014, p. 25).

A metodologia de encontro dos grupos estaduais aconteceu da seguinte maneira: semanalmente reuniam-se os pesquisadores acadêmicos (coordenador do

---

<sup>4</sup> Foi inserida a vogal “e” na sigla “CAPE”, neste trabalho, para diferenciá-la da já citada sigla CAP (Caixa de Aposentadorias e Pensões).

comitê e bolsistas de iniciação científica, mestrado e doutorado), mensalmente agregava-se a participação do CAPE e do GIP e, a partir da necessidade, realizavam-se Oficinas Nacionais com a presença de todos os integrantes dos três estados.

A ideia da composição do CAPE e GIP efetivou-se na tentativa de possibilitar a inclusão de outros olhares, questionamentos, percepções e reflexões de diversos atores que fizeram parte do processo de formação, inclusive, alunos egressos do curso, portanto, apoiadores.

Na medida em que os integrantes dessas instâncias deixavam de ser meros fornecedores de dados e passavam a participar ativamente da tomada de decisões daquele processo investigativo, não houve somente o compartilhamento de diferentes valores, percepções e concepções, mas foi sendo constituído um plano avaliativo que buscou incluir nas etapas de planejamento, execução, análises e elaboração dos produtos da pesquisa todos aqueles envolvidos. Os pesquisadores da universidade ficavam lado a lado dos participantes da pesquisa que, através da aposta participativa, assumiam o protagonismo de pesquisadores não universitários. (PAULON et al., 2014, p. 26)

A construção do CAPE e do GIP configurou-se, então, uma estratégia importante no intuito de certificar as dimensões da avaliação do processo, formação, participação e intervenção propostas pela pesquisa, pois, dessa maneira, ao participar das reuniões e dos momentos de discussão ao longo do processo, tornava-se possível reviver as discussões realizadas durante o curso, repensar seu atual território de atuação, fomentar a análise da experiência do processo vivenciado bem como a análise dos efeitos do processo de formação em suas práticas atuais.

Tal momento de encontro reafirma com muita clareza a dimensão formativa da presente pesquisa ao passo que assegura que os participantes pensem, repensem e problematizem suas práticas a partir das discussões levantadas nesses encontros e, ao retornar novamente aos seus respectivos territórios, espera-se que os momentos vivenciados sejam potencializadores de inquietude, de ampliação de novas possibilidades e de outros modos de produzir saúde no espaço que ocupam. Tal como aponta Passos et al. (2008, p. 222, grifo do autor): “[...] a avaliação pode ser um ‘verdadeiro instrumento de liberação, permitindo uma visão crítica da norma estabelecida’ e seus resultados contribuirão para uma transformação efetiva dos serviços”.

A garantia do caráter formativo-interventivo proposto pela pesquisa encontra-se na possibilidade de discutir e trabalhar características e especificidades do território de trabalho: os apoiadores produzem um trabalho intelectual nos momentos de encontro em grupo e podem, por meio do contágio de seus pares, transformar seus respectivos locais de trabalho por intermédio dos conhecimentos produzidos. Podem, inclusive, utilizando-se dessa transmissão de conhecimento em cascata, produzir mudanças concretas na rotina de trabalho a partir da possibilidade de (re)pensar as relações/processos de trabalho. A máxima institucionalista "Transforma para conhecer" é complementada pela ideia de que quem executa também planeja e quem planeja também executa.

Existiu nesse processo uma transposição de modelo em pesquisa: diferentemente do que se tem como tradicionalmente comum nas pesquisas, nas quais a função de avaliador é especificamente designada a especialistas, sejam ligados às universidades ou aos cargos de gestão. O atual processo em pesquisa teve a intencionalidade de possibilitar que todos os atores pudessem experienciar o protagonismo em exercer a função de pesquisador.

A metodologia buscou possibilitar que durante o processo de pesquisa fosse possível a transposição do modelo tradicionalmente utilizado em pesquisas, reconhecido pela dualidade pesquisador-pesquisado (detentor do saber e fornecedor de dados, respectivamente). Segundo Pavan et al. (2012) esse método em pesquisa rompe a barreira que separa aquele que pesquisa daquele que é pesquisado. Aquele que trabalha os dados e aquele que simplesmente fornece os dados. A possibilidade de trabalhar seguindo a ideia de que todos os envolvidos são pesquisadores implica assumir uma posição de lateralidade entre os participantes, de maneira que todos possam interferir, compor e construir, como protagonistas, o processo de pesquisa.

[...] a pesquisa configurou-se em uma aposta numa metodologia que almejou a superação da lógica que separa aquele que avalia daquele que é avaliado, incorporando pontos de vista dos diferentes atores no processo de formação avaliado (PAULON et al., 2014, p.21).





## 7 PERFIL DOS APOIADORES FORMADOS PELO CURSO NOS TRÊS ESTADOS ACRESCIDO DE RECORTE E ANÁLISE DOS DADOS DOS APOIADORES FORMADOS PELO CURSO EM SÃO PAULO

O presente trabalho beneficiou-se de alguns dados elaborados e construídos no percurso da pesquisa já anteriormente citada e seu detalhamento pode ser conferido no capítulo sexto.

Sendo assim, uma série de dados foi sistematizada por meio da execução de uma ferramenta eletrônica, a saber, questionários eletrônicos encaminhados aos apoiadores via e-mail. De posse dessas informações, foi possível organizar um “perfil” dos apoiadores respondentes que participaram das duas etapas: a primeira foi a conclusão do curso de formação de apoiadores e a segunda foi o retorno do questionário preenchido, anteriormente citado, totalizando sob esses critérios uma amostra total no campo São Paulo de 42 respostas.

Os próximos trechos serão composições construídas pelos dados obtidos e serão tratados mais enfaticamente os dados correspondentes ao campo São Paulo, bem como algumas comparações entre o campo local e os resultados obtidos nacionalmente.

A Tabela 1 exibe o número total de apoiadores que iniciaram o curso seguido pelo número total de apoiadores que aceitaram responder o questionário elaborado e gerenciado por meio da plataforma do Ministério da Saúde FORMSUS, enviado aos apoiadores via e-mail. Não foi possível a obtenção de resposta ao questionário de todos os apoiadores, pois alguns optaram por não retornar o questionário preenchido enquanto que outros apoiadores não puderam ser contatados visto que estavam com seus contatos (e-mail e/ou telefone) desatualizados.

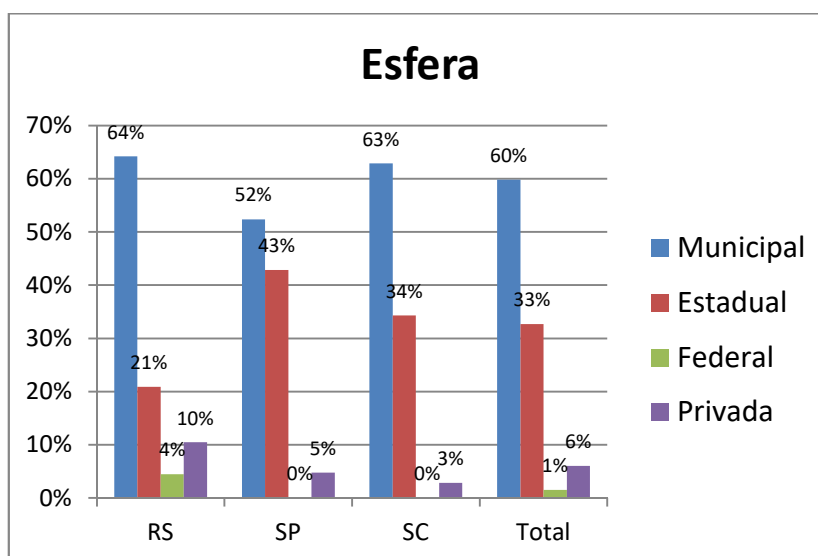
**Tabela 1 – Total de respondentes do questionário.**

Estado	Apoiadores	Nº de respondentes	%
RS	104	67	64,4
SC	59	35	59,3
SP	180	42	23,3

É perceptível que São Paulo obteve a menor porcentagem de apoiadores respondentes ao questionário. Alguns dos possíveis motivos para o baixo retorno dos apoiadores são os seguintes fatos: contato desatualizado, conta de e-mail inexistente e, em alguns casos, a consequência dessa informação imprecisa é que

muitos apoiadores, no momento do curso, informaram como contato o e-mail institucional e, devido a rotatividade de trabalhadores no local de trabalho (tema será abordado na Figura 3), alguns apoiadores não puderam ser contatados via e-mail institucional.

A Figura 1 sinaliza que, ao verificarmos os três campos, nos três estados a grande maioria dos apoiadores estavam inseridos em serviços municipais de saúde, seguidos de trabalhadores em serviços estaduais. A porcentagem de trabalhadores inseridos no serviço federal foi relativamente baixa, o mesmo aplica-se ao número de trabalhadores atuantes na esfera privada, se comparados às outras esferas acima citadas.



**Figura 1 – Esfera de trabalho dos apoiadores.**

Cabe a ressalva de que no campo São Paulo nenhum dos apoiadores que responderam ao questionário atuava em serviço federal.

A Figura 2 permite constatar a alta porcentagem de respostas de apoiadores que possuem ensino superior acrescido de especialização. Os dados Nacionais apontam que apenas 3% dos apoiadores respondentes possuem ensino médio-técnico ou ensino superior incompleto, enquanto que no campo São Paulo não houve nenhum retorno com essa característica, com a ressalva de que houve o cuidado em permitir, nesse território, a participação de trabalhadores que não possuíam o diploma de ensino superior.

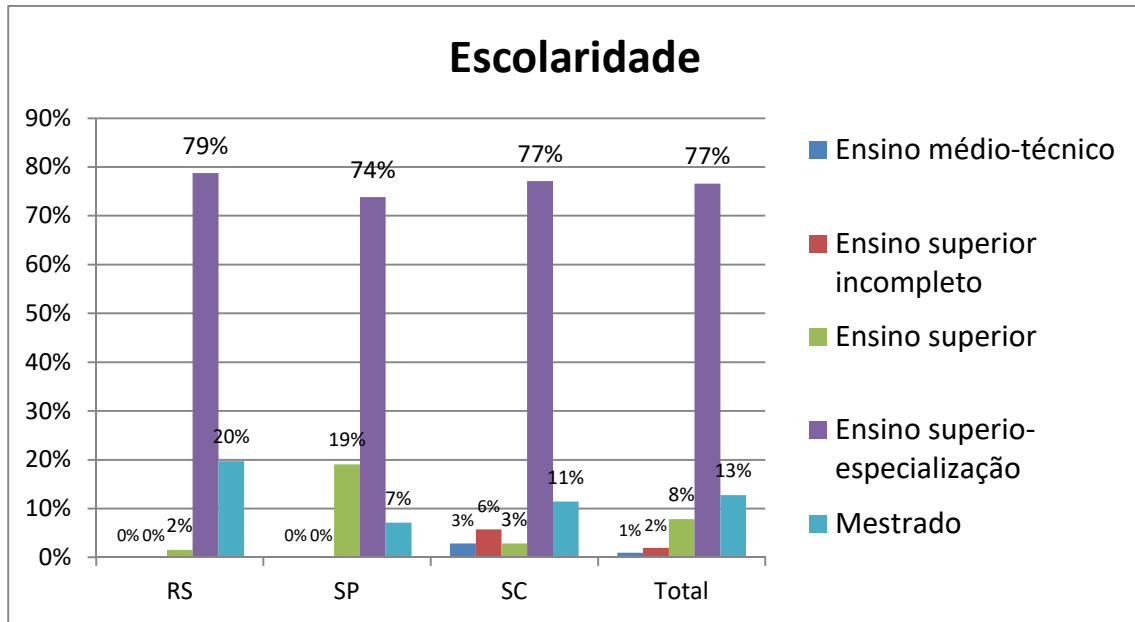


Figura 2 – Escolaridade dos apoiadores.

Diante do não retorno dos apoiadores com nível médio/técnico bem como o elevado número de respostas de apoiadores com ensino superior completo, especialização e mestrado, foram levantadas duas hipóteses:

- a) maior valorização desse tipo de comunicação eletrônica na comunidade acadêmica bem como verificações sistemáticas da caixa de entrada da correspondência eletrônica; e
- b) dificuldade no contato de apoiadores formados que tiveram acesso ao curso de formação de apoiadores no estado de São Paulo mas que não estavam vinculados ao serviço como por exemplo, os integrantes de movimentos sociais, líderes comunitários, etc.

A Figura 3 representa a percepção de um dos (vários) desafios enfrentados pelo SUS: a rotatividade de trabalhadores. No estado de São Paulo, da totalidade de respostas ao questionário, 66% dos apoiadores relataram mudança de local de trabalho.

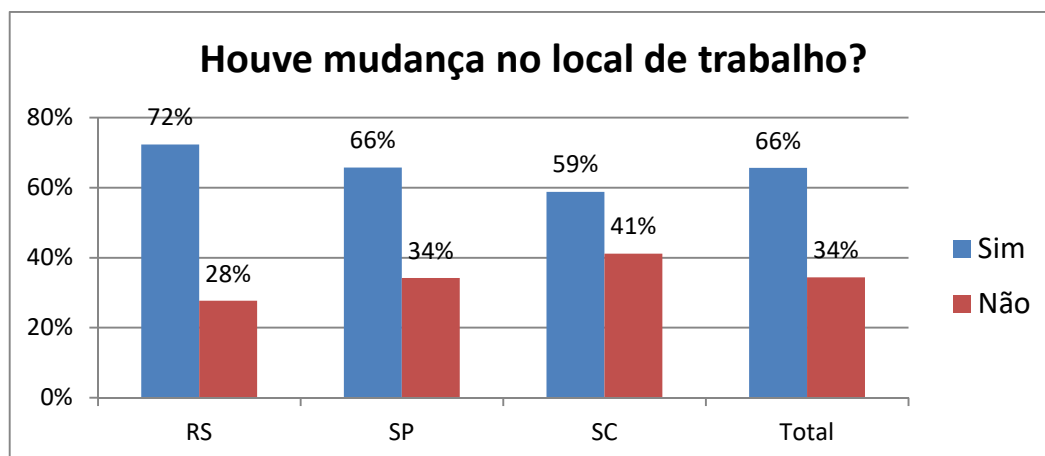


Figura 3 – Mudança no local de trabalho dos apoiadores.

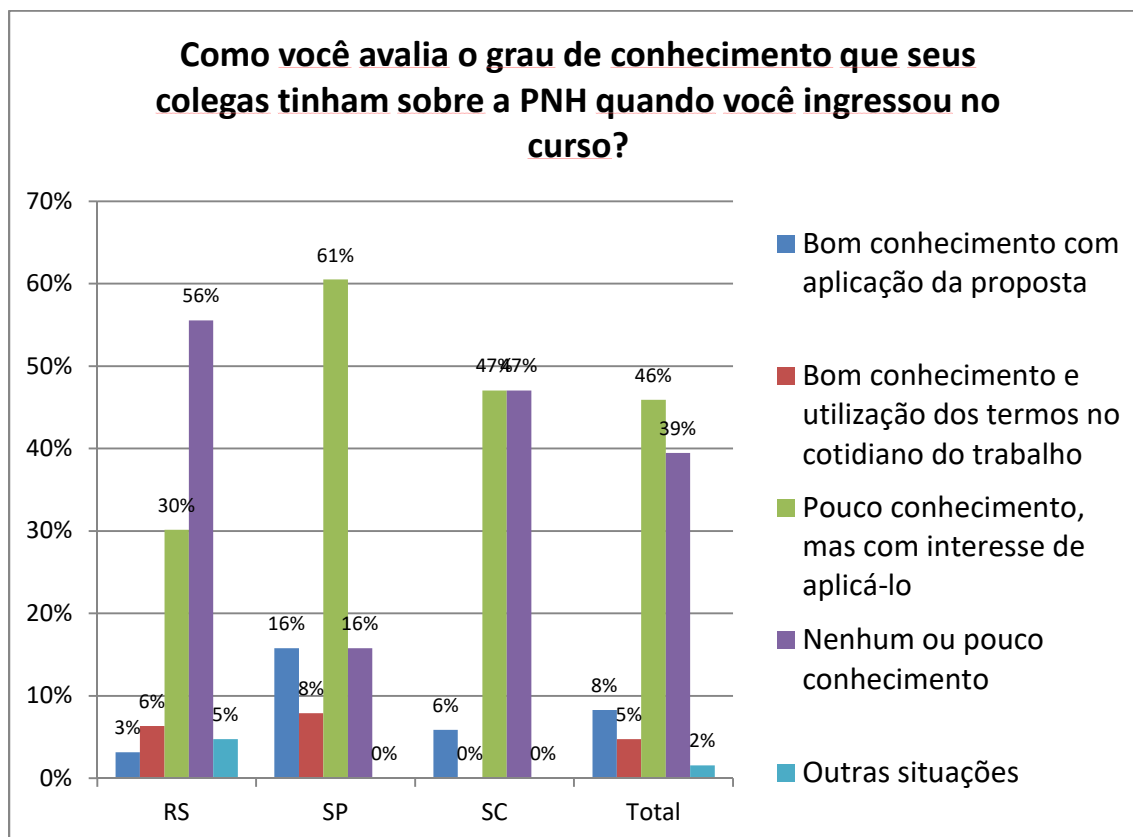
A percepção do quantitativo referente às alterações do local de trabalho dos apoiadores remete a duas análises possíveis: a primeira é percepção da fragilidade relacional compreendida nos locais de trabalho, visto que a rotatividade de pessoas dificulta o estabelecimento e manutenção de vínculos entre os trabalhadores, que implicam novos modos de atuar em equipe como, por exemplo, promover inovações nos locais de trabalho por meio da implantação permanente de novas discussões, novas práticas e etc. É possível, desse modo, inferir que as dificuldades relacionais enfrentadas pela equipe são inversamente proporcionais ao grau de constância e equilíbrio entre os membros. A segunda análise possível refere-se à possibilidade da mudança de trabalho ter sido, inclusive, proporcionada diretamente por conta dos conhecimentos construídos, resultante da participação no curso de formadores de apoiadores.

No decorrer de alguns GFs, por exemplo, experienciamos relatos singulares de apoiadores que puderam exercer, por determinado tempo, por exemplo, um cargo de gestão.

Essa temática traz à tona o questionamento que alude aos efeitos perceptíveis diretamente nos territórios, derivado do investimento realizado em processos formativos e que tomam o cotidiano dos processos de trabalho como eixo analisador. Entretanto, é importante assinalar que a questão da mudança de local de trabalho não deve ter um julgamento prévio, afinal, a mudança pode trazer boas ressonâncias tanto para o sujeito quanto para a instituição/serviço/território ou para ambos.

A Figura 4 demonstra a percepção dos apoiadores que sinalizaram que, anteriormente ao ingresso no curso de formação de apoiadores, a PNH era pouco

conhecida tanto pelos apoiadores quanto por seus colegas de trabalho. Somando-se os índices temos que 85% do total de apoiadores respondentes conheciam pouco ou não conheciam a PNH.



**Figura 4 – Conhecimento sobre a PNH.**

As particularidades do campo São Paulo representadas na Figura 4 referem-se ao alto índice (61%) de apoiadores que avaliaram que seus colegas de trabalho dispunham “pouco conhecimento sobre a PNH, mas com interesse em aplicá-lo”, curiosamente, esse território comparado aos demais estados apresentou também o maior índice de respostas (16%) afirmando que os colegas de trabalho possuíam sobre a PNH “bom conhecimento com aplicação da proposta”. Outro dado que merece destaque no comparativo diz respeito à alternativa que contempla o grau de conhecimento dos colegas como “nenhum ou pouco conhecimento” sobre a PNH; o território de São Paulo apresentou os menores índices nesse quesito.

A Figura 5 demonstra a efetividade resultante pela participação do apoiador no curso, promovendo repercussão direta sobre o conhecimento de seus colegas referente à PNH. No entanto, na comparação com os três cursos finalizados, o estado de São Paulo foi o território que apresentou o menor índice desse efeito.

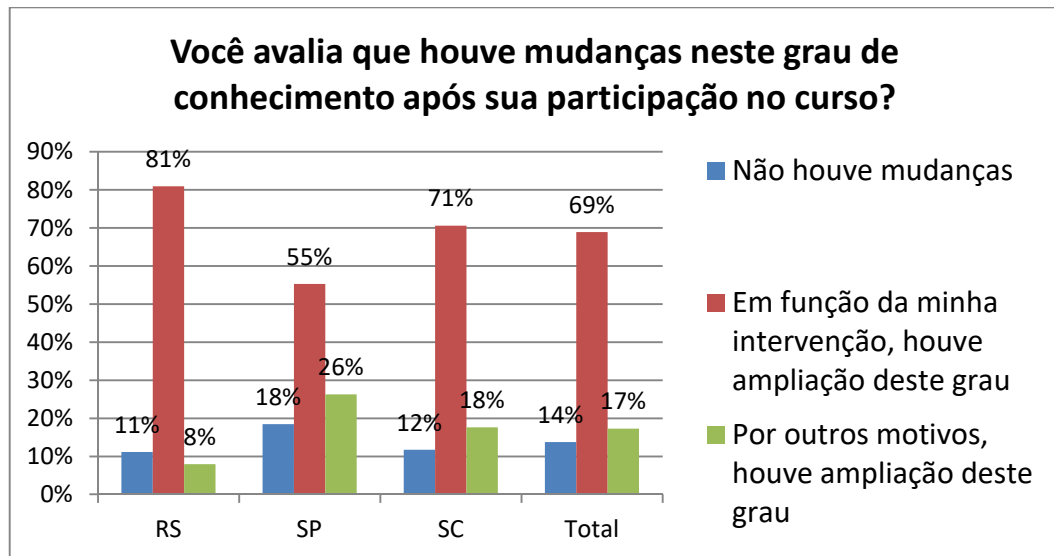


Figura 5 – Mudança no conhecimento sobre a PNH.

A Figura 6 evidencia a dificuldade vivenciada nos três territórios em relação à execução do PI. No entanto, novamente ao analisarmos os dados relativos ao estado de São Paulo, comparativamente, esse estado apresenta o menor índice de sucesso na execução do PI.

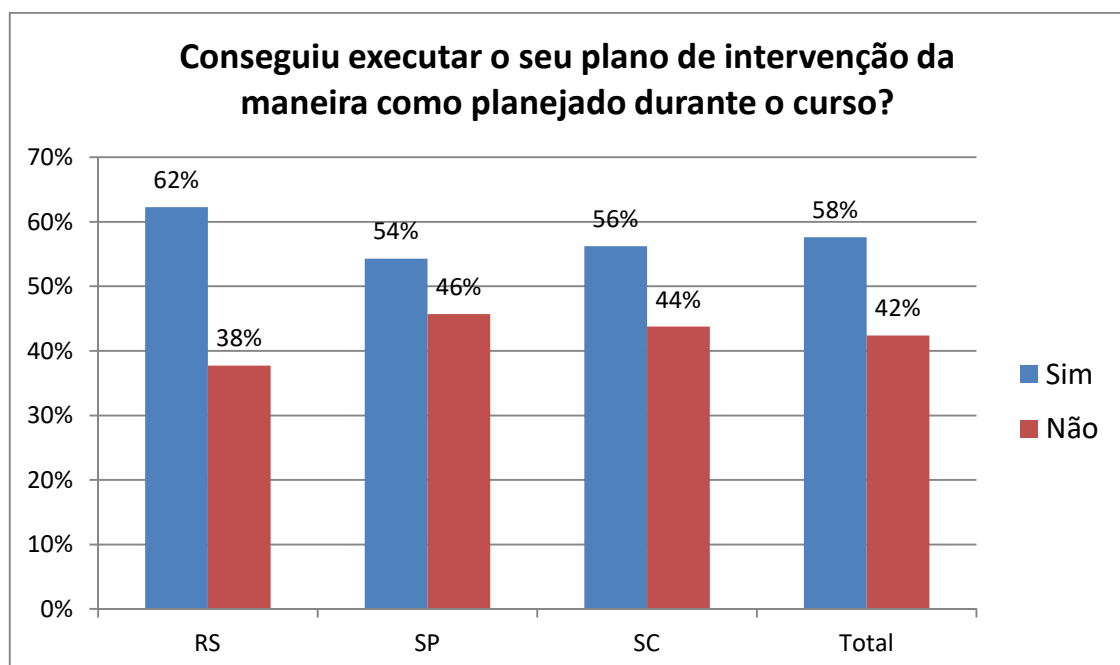
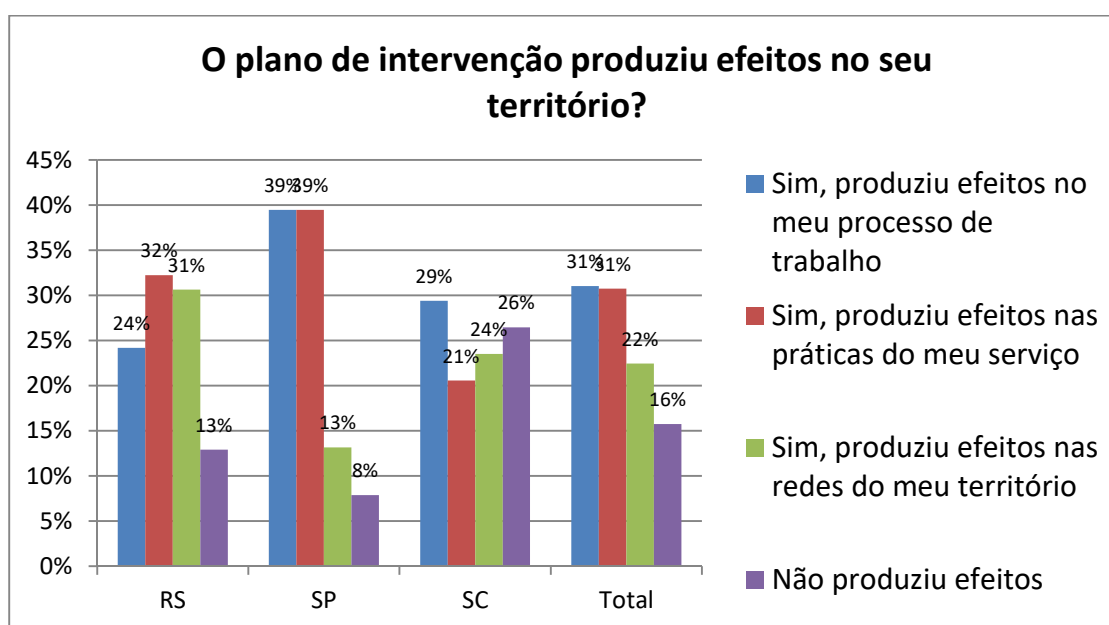


Figura 6 – Execução do Plano de Intervenção.

Entretanto, ainda é possível perceber que o saldo é positivo haja vista que a porcentagem de sucesso na execução do PI é superior ao percentual de apoiadores que relataram a impossibilidade de implantação das ações propostas no PI.

Contudo, a Figura 7 mostra que, mesmo que os PIs não tenham sido executados em sua totalidade, ainda assim foram catalisadores de produção de efeitos nas práticas e nos processos de trabalho assim como nos territórios. Nesse caso, evidencia-se o fato de que os dados referentes ao estado de São Paulo apresentaram índices superiores aos demais campos, sinalizando um resultado positivo no investimento realizado pelo curso de formadores ao verificar que apenas 8% dos apoiadores afirmaram que o PI não produziu nenhum tipo de efeito.



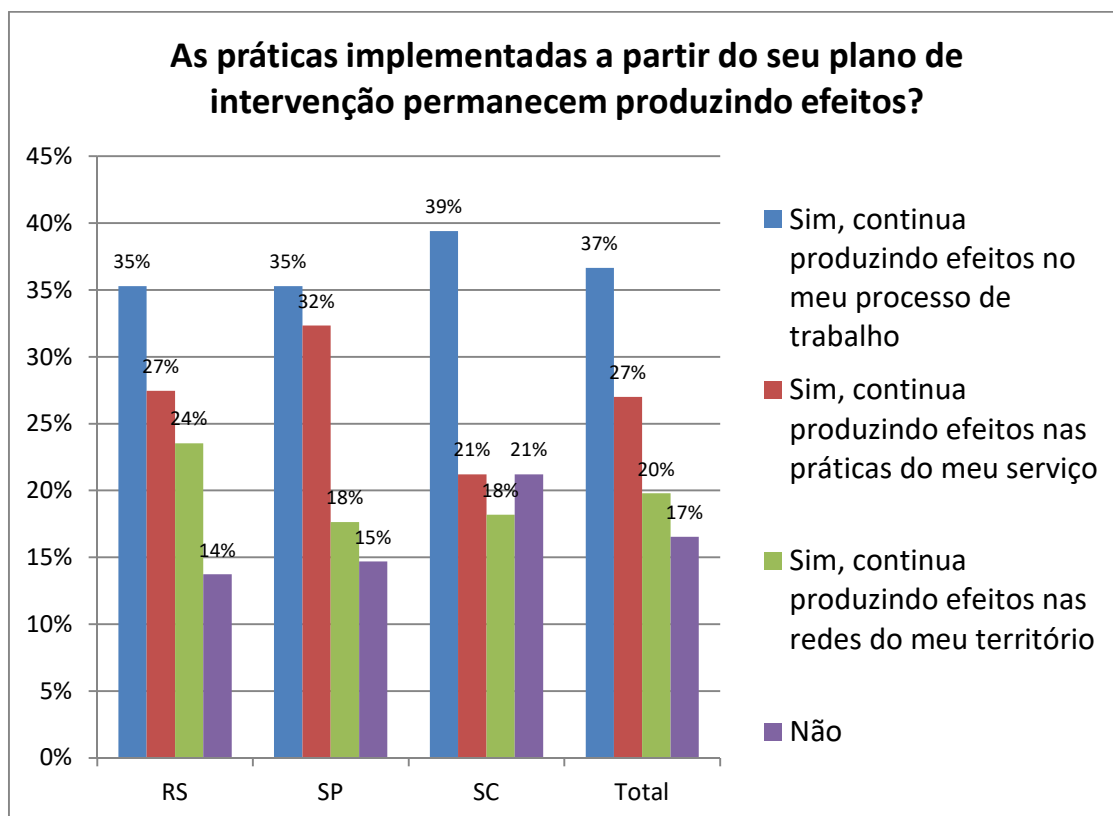
**Figura 7 – Efeitos do Plano de Intervenção.**

Dessa maneira, podemos concluir que mesmo nas equipes/serviços/territórios em que não possível a efetivação total dos PIs houve, ao menos, algum efeito possível decorrente da proposta do PI aos pares, às equipes e aos gestores. Ainda que tenha sido um momento apenas de apresentação, seja de proposta de mudanças, seja de apresentação da Política, ainda assim é possível afirmar que ressonâncias foram produzidas em virtude da participação dos apoiadores no processo formativo.

A Figura 8 reforça esta concepção. No conjunto dos três estados, para 83% dos apoiadores respondentes, os PIs continuam surtindo efeitos mesmo decorridos

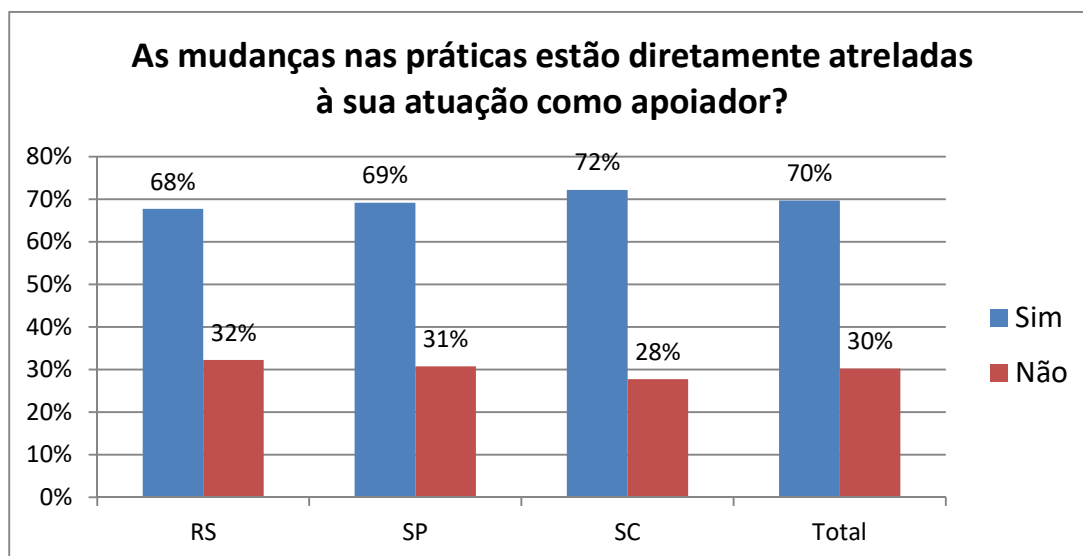


alguns anos após o término do processo formativo. Utilizando-nos do recorte que concerne ao campo São Paulo, podemos verificar que esse índice alcança os 85%.



**Figura 8 – Permanência dos efeitos do Plano de Intervenção.**

A Figura 9 apresenta a importância da atuação do apoiador em seu local de trabalho, sendo que sua atuação mostra-se decisiva para as mudanças desencadeadas, seja por meio do PI, seja pela disseminação aos colegas de trabalho dos conhecimentos construídos ao longo do curso.

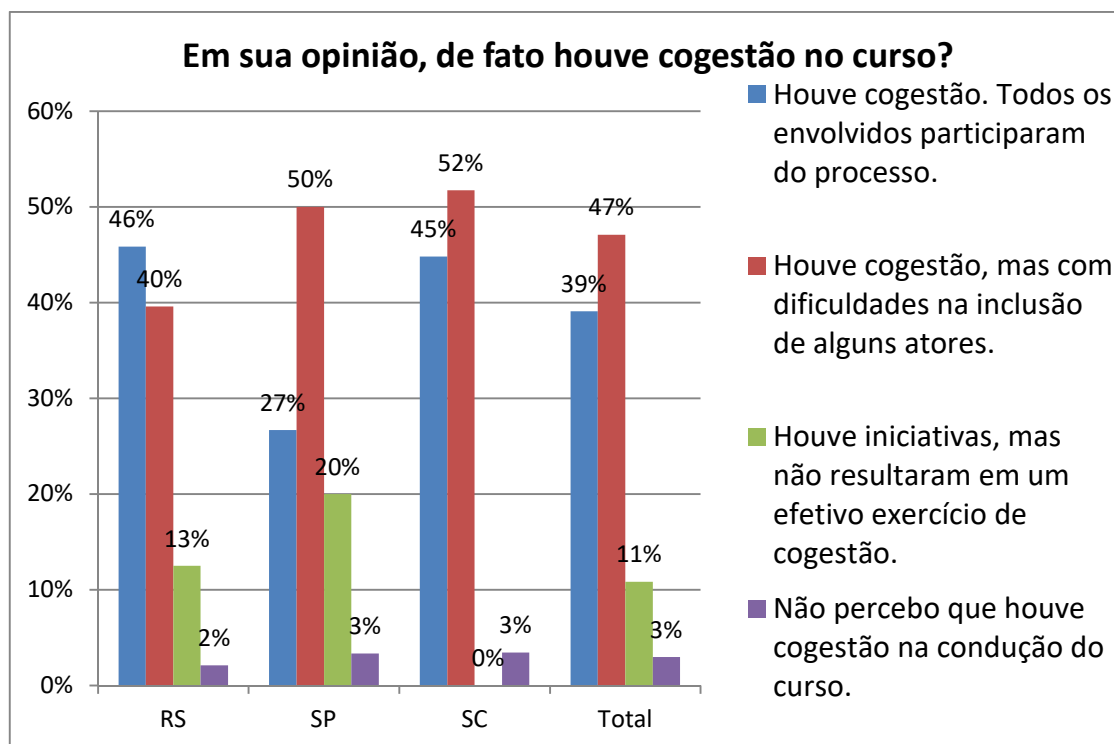


**Figura 9 – Mudanças nas práticas e a atuação como apoiador.**

No que tange aos três estados, 70% do total dos apoiadores participantes apontam que a atuação do apoiador é decisiva para as mudanças desencadeadas pelo PI.

Concomitantemente, ao experimentar o recorte dos dados que se referem ao estado de São Paulo esse número representa 69% dos apoiadores.

Uma das estratégias da PNH é o fomento e o apoio ao desenvolvimento de grupidades nos locais de trabalho, na perspectiva da produção de um trabalho coletivo e coggerido. Neste sentido a Figura 10 busca verificar as respostas dos apoiadores frente à estratégia de cogestão. As respostas apontam para a dificuldade de incluir atores no processo de cogestão.



**Figura 10 – Fomento à cogestão.**

É perceptível a dissonância entre as respostas dos apoiadores do campo São Paulo quando comparados aos outros dois estados, no que diz respeito à efetividade da cogestão com inclusão de todos os participantes: Rio Grande do Sul e Santa Catarina demonstram percentuais de 46% e 45% respectivamente, enquanto São Paulo sinaliza 27%. Para a alternativa que corresponde a “houve iniciativas, mas não resultaram em um efetivo exercício de cogestão” os dados do campo São Paulo também destoam em relação aos outros dois campos: 20% dos apoiadores respondentes do campo São Paulo sinalizaram essa alternativa enquanto que no Rio Grande do Sul e Santa Catarina esse índices apontam para 13% e 0%, respectivamente.

A Figura 11 e a Figura 12 apontam, concomitantemente, para um efeito do curso e para um “nó” perceptível durante o andamento da etapa de GFs, que trouxe como tema nas discussões a não institucionalidade da figura do apoiador. Essa análise aponta sobre o modo de funcionamento dos serviços e das equipes, sinalizando que ainda existem locais de trabalho onde a verticalidade e a hierarquia prevalecem, já que alguns apoiadores relataram a dificuldade em tratar temas ou propor discussões em seu território e são, por esse motivo, rechaçados. Dessa maneira, pudemos verificar que alguns apoiadores compreendem-se como tal,

porém, pode acontecer de eles não serem assim compreendidos pela gestão, pelos colegas de trabalho, etc.

Para a quase totalidade das respostas – singularmente no campo SP – houve a percepção de que o curso não foi capaz de produzir alguma transformação na relação entre apoiador e SUS, sendo essa resposta responsável por 4% do total de respostas obtidas entre os apoiadores do estado de SP – sendo assim, para 99% das respostas analisadas o curso produziu uma transformação na relação do apoiador com o SUS. O que pode ser indicativo de que esses apoiadores estiveram, por algum tempo, inseridos no serviço público de saúde sem, de fato, conhecer o SUS e/ou a PNH, como funcionam, quais são os seus princípios, dispositivos, diretrizes e método.

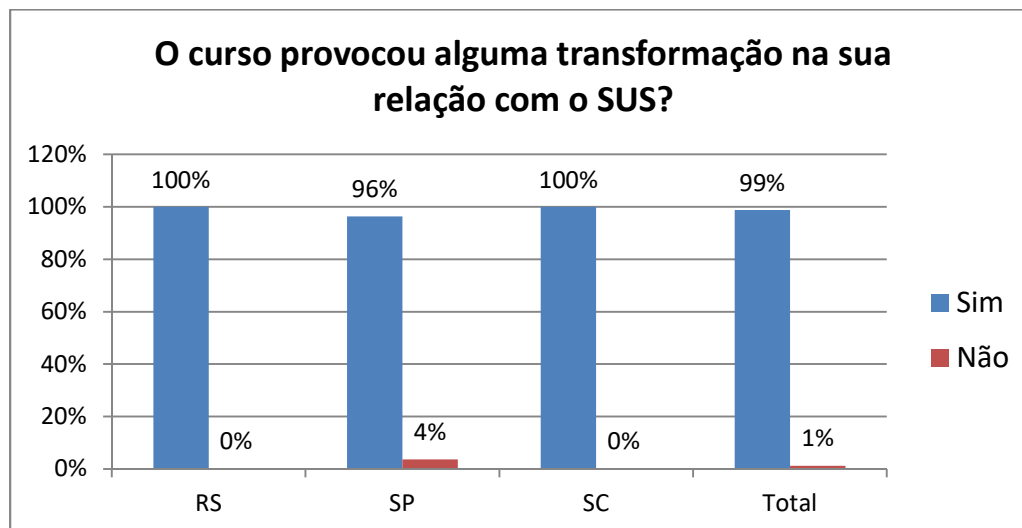
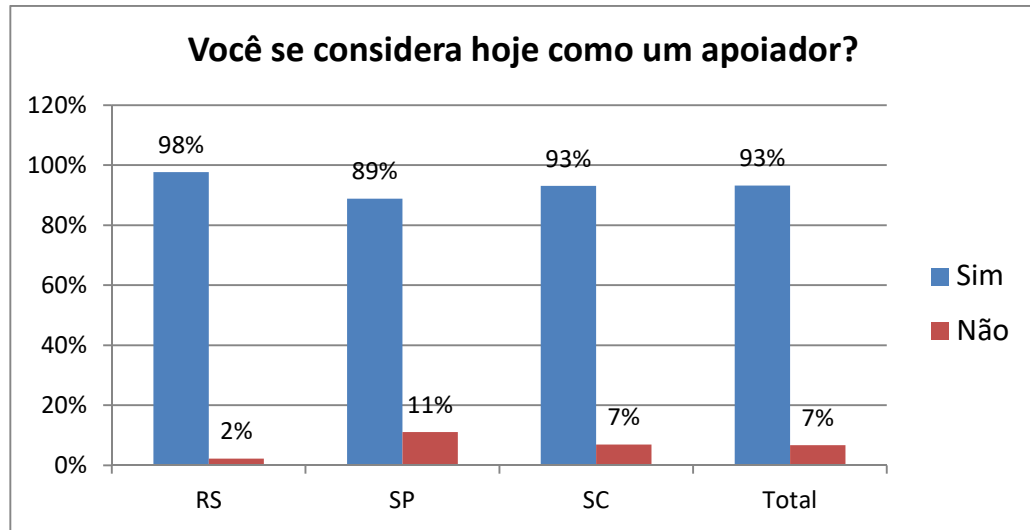


Figura 11 – Relação com o SUS.

A Figura 12 apresenta as respostas referentes à percepção do apoiador enquanto apoiador. Considerando a totalidade de respostas, 93% consideram-se apoiadores, ao aplicar o recorte para o estado de São Paulo, 89% dos apoiadores formados pelo curso consideram-se como tal.



**Figura 12 – Relação com a função de apoiador.**

## 8 BREVES ANÁLISES E REFLEXÕES POSSÍVEIS

Cabe ressaltar que neste capítulo, serão apresentados os principais dados resultantes da extensão do processo de análises produzidas especificamente sobre o campo São Paulo visto que, mesmo findado o processo de pesquisa Nacional, no estado de São Paulo o ato de pesquisar estendeu-se com a intenção de destacar pontos relevantes que surgiram nesse campo, mas que acabaram subsumidos na análise Nacional.

Dessa maneira, a partir da leitura das narrativas confeccionadas como produtos dos Grupos de Discussão com os apoiadores foi possível levantar uma série de apontamentos que se mostraram relevantes no momento de participação no curso e que, posteriormente, com a organização e realização dos GFs, corroboraram-se os dados encontrados no momento da formação.

Para a composição desta análise foram realizadas sistemáticas leituras de cada narrativa. Em cada texto, os excertos correspondentes às SFs foram agrupados e sistematizados em uma tabela representativa. Dessa maneira, tal quadro-foi construído de modo que as linhas representam cada GF realizado e as colunas representam cada SF. Sendo assim, esse arranjo serviu como balizador e facilitador para a confecção da etapa de análise dos dados auxiliando, inclusive, no destaque dos trechos que representam cada ponto de análise levantado.

Um dado que chama a atenção tanto nos PIs quanto nos GFs faz referência à dificuldade sentida pelos apoiadores em participarem desse momento de formação, compreendido como importantíssimo, no entanto, é encarado como um processo relativamente solitário visto que o convite foi ofertado a apenas um ou, no máximo, dois trabalhadores de cada unidade.

Novamente, retorna-se à discussão no sentido de que o curso deveria ser propagado e realizado por mais pessoas na intenção de facilitar o processo de trabalho visto que mais trabalhadores terão acesso ao material e às discussões propostas no curso (GF – Apoiadores).

Neste momento da conversa, surge a dificuldade da propagação e aplicação da política de humanização nos locais de trabalho, no qual, um dos participantes apontou que ele era o único do município a participar do curso, e que, mesmo tendo contato próximo com a gestão, divulgar os ensinamentos do curso foi uma tarefa muito árdua, pois as pessoas não compreendiam o sentido daquilo, logo não apoiavam as ideias do apoiador (GF – Apoiadores).

Por meio da análise documental e da vivência nos GFs, percebe-se nos apoiadores a ampliação da capacidade analítica, entretanto, em diversos casos, essa ampliação fica restrita à figura do apoiador participante do processo formativo, sendo dificultosa a tentativa de contagiar os demais trabalhadores inscritos nos territórios. Nesse ponto, vale ressaltar o sentimento de frustração externalizado pelos apoiadores ao assinalar o insucesso em implementar os dispositivos e diretrizes conforme apontados nos encontros de formação ou tais quais foram enunciados nos PIs. Conquanto, ao longo da realização dos GFs foi possível aferir várias pequenas conquistas em cada território – algumas delas serão apresentadas e discutidas ao longo dessa construção analítica.

Por conseguinte, quando solicitado aos apoiadores uma análise referente ao processo formativo da PNH, estes sugeriram que os momentos de formação produziram uma série de efeitos, enquanto mudanças subjetivas perceptíveis por meio das declarações dos apoiadores frente aos seus sentimentos de potência (no sentido de estarem potencializados, empoderados) mediante a percepção da ampliação de possibilidades que o curso oferta ao permitir a ampliação do horizonte experienciando novas possibilidades, bem como o exercício da expansão dos graus de comunicação. Entretanto, os apoiadores relatam como efeito frustrador uma dúvida persistente referente ao êxito (ou fracasso) em compartilhar e produzir a capacidade de construção e execução de análise com seus pares, na mesma intensidade com que vivenciaram.

Isto posto, o processo formativo exprime a expectativa de promover a capacitação dos apoiadores com o propósito de prepará-los para o exercício e promoção do contágio em outros agentes importantes nesse processo de mobilização, na intencionalidade de angariar novos parceiros por meio da possibilidade de vivenciar e experienciar mudanças ético-políticas.

Existe, por parte dos apoiadores, a percepção de expectativa gerada para que todos os apoiadores formados sejam disseminadores das apostas e ferramentas da PNH nos seus serviços/territórios. Entretanto, nos GFs realizados subsequentemente à conclusão do processo formativo, foi recorrente o pedido para que seus pares também pudessem participar do mesmo processo formativo, pois, dessa maneira, o próprio processo do curso auxiliaria na produção de uma microrrede em cada serviço, facilitando, então, a tarefa de disseminação do conhecimento apreendido durante o curso.

Sob essa ótica, surgiu nos diversos GFs, como analisador metodológico do processo formativo, o fato da oferta de participação no curso ter sido limitada a poucas pessoas do mesmo serviço. O argumento apresentado pelos apoiadores sustenta-se na proposta de que ao viabilizar a participação de mais trabalhadores do mesmo serviço, o entrosamento entre os diversos elementos da equipe que compõem determinado território ficaria mais fortalecido. Nesse sentido essa análise metodológica construída pelos apoiadores surge em decorrência da principal dificuldade sentida pelos apoiadores ao retornar ao seu território, a saber, a disseminação do conhecimento construído durante o curso a seus pares.

Dessa maneira, quando solicitam a ampliação do número de participantes, esses atores defendem a ideia de corresponsabilização pelas mudanças, visto que tais quais os apoiadores formados, ao propiciar aos demais trabalhadores a participação no curso, estes também poderiam se transformar, se aperfeiçoar e, conseqüentemente, facilitar a proposição de instrumentalização dessa nova maneira de produzir saúde e cuidado, ampliando, assim, o arsenal de práticas de atenção e gestão em saúde.

Novamente, retorna-se à discussão no sentido de que o curso deveria ser propagado e realizado por mais pessoas na intenção de facilitar o processo de trabalho visto que mais trabalhadores terão acesso ao material e às discussões propostas no curso (GF – Apoiadores).

Acredita que o curso deveria ser reorganizado de modo que reduzisse o tempo de duração, para que fosse possível replicar mais vezes o mesmo curso, abarcando, assim, mais pessoas. A ideia seria fazer mais cursos com pessoas diferentes, visto que há muito investimento para tal (GF – Apoiadores).

Os encontros nas UPs estavam pautados na busca para que a composição das mesmas estivesse propositadamente baseada na heterogeneidade. Estava previsto que o encontro seria de pessoas advindas de diferentes lugares, serviços e territórios.

E esse curso é o embrião da discussão de redes, porque nas UPs nós tínhamos gente do município, nós tínhamos, lógico, gente de movimento social, nós tínhamos gente de hospital, nós tínhamos gente de ambulatório, nós tínhamos gente de [hospital] regional, gente de universidade; foi a primeira vez que se conseguiu reunir tantos atores que estavam separados, fragmentados. Ainda hoje a gente sente repercussão desse tipo de processo. Porque se a gente lembrar, já pondo o carro na frente dos bois, que uma das ressonâncias foi o Coletivo Ampliado que era uma reunião de



gente do município, do estado, de hospital, de unidade básica, de saúde mental... ou seja, um embrião de rede! (GF – Coordenação).

Ressalta também, a importância da troca de experiências com trabalhadores que já tinham contato prévio e alguns conhecimentos acerca da PNH, podendo, inclusive, identificar algumas coisas que já existiam em seu local de trabalho, mas que não sabia serem relacionadas com a temática da humanização. Além disto, pode perceber, conforme sua perspectiva, os contrastes em relação às diferentes maneiras de uma região e outra trabalharem (GF– Apoiadores).

Do ponto de vista das produções dos apoiadores durante os GFs, a heterogeneidade na composição das UPs foi amplamente apontada como fator importante no que diz respeito às trocas de saberes, de experiências, de vivências e o quanto é relevante saber “que não se está sozinho”.

Ao tocar nesse tema, os apoiadores percebem que existem dois modelos mutuamente excludentes em relação ao trabalho e à atenção em saúde. Um desses modelos opera pela lógica do fortalecimento da atenção básica, da humanização, do cuidado integral, da promoção de saúde e prevenção de riscos e agravos, da prática do acolhimento e classificação de risco, etc. o outro modelo opera pela lógica da saúde enquanto mercadoria, baseada na valorização das especialidades e na fragmentação do sujeito. Sinalizam que embora, teoricamente, os modelos sejam antagônicos, eles coexistem nas equipes, nos serviços e nos territórios. Isso apenas é possível porque os trabalhadores atuam regidos pelo modelo que acataram.

Por esse motivo, discutir coletivamente o enfrentamento às dificuldades frente ao processo de trabalho, de alguma maneira, acalenta os profissionais, que por vezes sentem-se “nadando contra a correnteza” ou “realizando um trabalho de formiguinha” (expressões estas que apareceram com muita frequência nos GFs) por acreditar, defender e tentar praticar uma atenção à saúde universal, integral e equânime.

[...] a Política de Humanização não parte senão de próprios acúmulos de experiências de uma grande quantidade de sujeitos coletivos espalhados por muitos lugares deste país, que atuam e produzem inovações em uma vasta gama de serviços, em “espaços do cuidado” e nos “espaços de gestão” (PASCHE, 2009; p. 704).

Então, a dificuldade vivenciada a partir da participação do curso surge exatamente na proposta em tornar-se um apoiador-disseminador da PNH, haja vista que existe a necessidade de receber apoio dentro do território para composição de

movimento de sustentação desse projeto. É necessário ter com quem contar, estar junto. Se, por um lado, a oferta do curso traz o componente da aposta na disseminação do conhecimento, a potencialidade desse efeito se limita às possibilidades desses espaços poderem ser fertilizados.

Durante essa conversa com as apoiadoras ficou claro que os processos de mudança e os processos de trabalho são proporcionais ao apoio recebido pela equipe, pois receber apoio de outras instituições/serviços/profissionais implica em fortalecimento dessa equipe (GF– Apoiadores).

O apoiador [...] muda de local de trabalho algum tempo após a finalização do curso e aponta que no atual município em que trabalha a dinâmica é diferenciada e que o fato de haver outros apoiadores no local facilita a aplicação e a propagação da PNH sendo possível utilizar os dispositivos e a política de humanização (GF – Apoiadores).

Outro sinalizador muito discutido referente à dificuldade no processo de trabalho está vinculado à rotatividade de trabalhadores nos serviços. Os apoiadores relatam uma série de tentativas que são desconsideradas diante da rotatividade de trabalhadores: de implantar nos territórios discussões sobre os dispositivos, de implantar e/ou manter reunião de equipe na unidade, de compor momento para troca de saberes entre os trabalhadores, entretanto, esbarram no fato de existir alta rotatividade, tanto de trabalhadores dentro da unidade quanto de gestores, fato este que dificulta uma série de fatores como, por exemplo, o engajamento, a parceria/redes, a função apoio e a resistência.

Todos os ‘avanços’ relatados pelos trabalhadores são sempre muito comemorados. E a manutenção das conquistas também é sempre motivo de orgulho. Mesmo quando não se alcança todos os objetivos propostos, o fato de não haver regressão das conquistas – principalmente em decorrência das mudanças de gestão – também é motivo de comemoração. Existe constantemente esse receio da equipe: as conquistas não são efetivas e garantidas, é algo muito frágil. Não existe sustentabilidade concreta (GF – Apoiadores).

Os encontros durante o período de duração do curso mantiveram as pessoas unidas (dentro das UPs), no entanto, após o término do mesmo – que coincidiu com uma mudança na gestão (municipal e na direção do hospital), não houve mais investimentos (dos gestores) e os vínculos se perderam (GF – Apoiadores).

Com a mudança de gestão, o grupo conseguiu se sustentar por um tempo, mas acabou abafado. Alguns questionamentos vieram desse término (“A gestão mudou, que espaço nós temos?”, “Deu em nada?”) e foram mobilizadoras para pensar em linhas de fuga (PNH nas contratualidades,

espaços do micro) para as ações centralizadoras da gestão (GF – Apoiadores).

Entretanto, de acordo com os documentos verificados e mediante participação no GF, a análise construída pelos apoiadores no que tange à rotatividade de pessoas é de que se torna ainda mais impactante nos processos de trabalhos quando se trata da rotatividade de gestores.

Os apoiadores concordam quando sinalizam que se sentem amparados sempre que recebem apoio e respaldo da gestão nas práticas de atenção à saúde baseadas no conceito da humanização; concordam também quando indicam que existem gestores que se abstêm – algumas vezes, inclusive, por falta de conhecimento na área – dos processos de trabalho, indicam, além disso, que quando o gestor não pactua com a PNH, trata-se de uma figura que opera diretamente nos processos de trabalho oferecendo resistência às mudanças do modelo mercantilista de atenção à saúde.

Sendo assim, a figura do gestor pode estar intimamente ligada ao favorecimento da manutenção ou ao boicote de práticas de atenção e gestão humanizadoras conquistadas e instituídas pela equipe.

Essa avaliação construída pelos apoiadores sobre esses processos de trabalho em seus territórios pode ser compreendida enquanto consequência direta da ampliação da capacidade de análise dos mesmos.

Outro tema muito discutido: a importância e necessidade de conhecer o SUS, seus princípios, diretrizes, conhecer a PNH, seus princípios, método e dispositivos. Em numerosas situações diversos apoiadores relataram a existência de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde que sequer conhecem o SUS ou as políticas públicas e que esse fato claramente dificulta o processo de trabalho. Nesse sentido, apontam que o curso foi responsável por convocar a capacidade de problematização a respeito de suas ações, do próprio processo de trabalho, das possibilidades apresentadas no território e também das políticas públicas e, além do mais, o quanto foi disparador para a construção de novos momentos de fomento às problematizações:

Quando eu entrei para atenção básica a ideia era assim: eu seguia os procedimentos, a rotina é essa e eu seguia a rotina. Eu nunca parei pra me perguntar o porquê as coisas aconteciam daquela forma. Então o curso me fez refletir muito, ele foi muito rico, muito intenso (GF – Apoiadores).

Algumas equipes a partir da experiência nas rodas de conversa passaram a adotar a prática de discutir com os trabalhadores que chegam ao serviço o que é o SUS, como ele funciona, quais são seus objetivos, qual o modelo de saúde “vigente” e o modelo de saúde que o SUS oferta (GF – Apoiadores).

Nesse sentido algumas experiências exitosas em decorrência do curso puderam ser percebidas durante as apresentações de apoiadores ao apontarem a tentativa de sistematizar reuniões de equipe resultante da análise do território. A partir da percepção desta necessidade, para garantir esse espaço coletivo entre os profissionais, a equipe percebeu que existia também a necessidade de incluir a população nesse processo analítico, logo, passaram a apresentar para a comunidade as necessidades e os benefícios que a reunião de equipe traz para o cotidiano, sobre a importância desse momento e o quanto reflete no dia a dia de trabalho, possibilitando a construção de novas pactuações e permitindo a desmistificação da ideia que a população tinha sobre reuniões de equipe: a de que eram apenas bate-papo.

[...] a equipe da unidade chama as pessoas a conversar. Nessa conversa discutem o que é o SUS, como ele funciona, qual o modo de cuidar ofertado, etc. Essa é uma estratégia que facilita e, mais do que isso, potencializa o vínculo entre usuários e equipe (GF – Apoiadores).

Alguns apoiadores relataram que passaram a dialogar com a comunidade e com a gestão do serviço sobre a importância dessa ação. A percepção de necessidade da tríplice inclusão (usuários, trabalhadores e gestão) também parece ter sofrido ressonâncias em decorrência da participação no referido processo de formação.

A apoiadora relata, ainda, que o curso expandiu seu modo de compreender a PNH enquanto dispositivo que abrange os três setores: trabalhadores, gestores e usuários, sendo antes o seu pensamento focado exclusivamente para as necessidades dos usuários (GF – Apoiadores).

[...] possibilita a inclusão do usuário em seu próprio processo de cuidado, um trabalho mais ordenado e com responsabilização, ou seja, uma observação do cenário em que o sujeito está inserido ao invés de olhar somente para a queixa. Tal forma de olhar para a saúde e para o sujeito foram efeitos do curso que coloca o sujeito além dos protocolos e burocracias que aparentemente seu trabalho representa, de certa forma, ampliou a capacidade de análise e de visão do sujeito perante a forma de se fazer saúde (GF – Apoiadores).

É possível verificar entre os participantes uma visível expectativa em tentar atingir no momento atual a reprodução do conceito de um ideal do SUS, percebido como uma grande tentativa de fazer funcionar o serviço como o preconizado.

Coloca, ainda, que pensava ser a proposta principal do curso, montar uma rede entre os vários equipamentos dentro do município e, a partir disto, estabelecer parcerias entre diversos municípios, o que acabou não acontecendo (GF – Apoiadores).

Surge então um paradoxo: de um lado, o exercício do empoderamento dos apoiadores que, ao reconhecer práticas que ocorrem nos locais de trabalho e que já atendem ao proposto pelas políticas públicas, ao passo que tais práticas são nomeadas, acabam por ganhar força em decorrência dessa nomeação e, conseqüentemente, reconhecimento. Em muitos territórios existem conquistas (que podem ou não estar documentadas), porém nem sempre os trabalhadores conseguem reconhecê-las como conquista, visto que não operam um nível que destaque na macropolítica.

Cita então, a situação da enfermagem pediátrica do hospital em que trabalha, onde antes, filho e mãe ficavam separados durante a estada da criança no hospital, e que hoje, graças ao conhecimento que adquiriu no curso, as mães podem acompanhar seus filhos durante tratamento (GF – Apoiadores).

Em um levantamento feito em um local de trabalho [...] pode notar que muitas unidades tem propostas voltadas para a humanização em suas práticas, e as equipes não tem dimensão disto (GF – Apoiadores).

**O curso é um fortalecimento no trabalho diário. Existem outras pessoas que não estão aqui [hoje no Grupo Focal] mas que estão fazendo coisas bacanas. Os trabalhadores já faziam uma série de coisas, e, nesse sentido, o curso instrumentou, nomeou as práticas, deu mais conhecimento** (GF– Apoiadores) (Trecho em destaque: citação literal extraído durante GF).

Ao longo da leitura das narrativas produzidas nos GFs, é possível apurar que muitos apoiadores relatam como efeitos do curso mudanças pessoais e individuais; as mudanças micro são apontadas com mais frequência pelos apoiadores do que mudanças macro

Acabou, inclusive, embutindo os valores da humanização no dia a dia, na prática pessoal “você começa a ter um outro olhar, você foca de uma outra forma algumas questões que você tem como TÉCNICAS” (GF – Apoiadores).

A apoiadora impressiona no discurso sobre sua trajetória. O curso é, com certeza, um marco. O reposicionamento a respeito do seu processo de trabalho – fragmentação “eficiente” versus “trabalhador rizoma”. Aceitou novos desafios, adentrou outros serviços baseando-se nos aprendizados do curso. Em toda a sua fala é nítida a Indissociabilidade entre atenção e gestão – gestão corresponsabilizada (GF – Apoiadores).

Tal fato pode estar fundamentado na dificuldade em apontar mudanças macropolíticas como efeito direto do curso, dada a distância temporal entre a percepção efetiva das mudanças macro e o *link* necessário com a participação no curso.

Todas as participantes demonstraram como foi importante e enriquecedor participar do curso, porém, ao tentar dizer dos efeitos do curso vários fatores se misturaram: equipe, pactuações (antes, durante e pós-curso), parcerias (antes, durante e pós-curso) e foi pontuado que **“depois de tanto tempo, perdemos a dimensão dos efeitos do curso”**, nesse momento, findado o curso há tanto tempo, **“é difícil mensurar o que é efeito direto do curso”** visto que o curso teve desdobramentos não apenas nos ‘alunos’, mas houve, em certa medida, disseminação do conhecimento aprendido no curso para outros territórios que possibilitou novas ações, novos modos de pensar produzindo ressonâncias até mesmo em pessoas que não participaram diretamente do curso como alunos (GF – Apoiadores) (Trecho em destaque: citação literal extraído durante GF).

A percepção da importância da metodologia empregada e os efeitos e ressonâncias provocadas nos apoiadores é perceptível em diversos momentos. Os momentos de troca durante os encontros presenciais são, certamente, o ponto mais citado entre os apoiadores. O fato de o curso ter sido constituído por vários trabalhadores de diferentes localidades, agrupados, geograficamente, em UPs conferiu uma heterogeneidade interessante.

Uma das apoiadoras fala um pouco sobre como foram os momentos do curso, sobre a metodologia dos encontros que possibilitou discutir os dispositivos e fazer análise de casos sob um novo olhar e que isso ajudou muito. Todas concordam que a troca de experiências durante o curso foi muito significativa, bem como as palestras realizadas ao longo deste. **“Até hoje é uma referencia pra nós”** (GF – Apoiadores) (Trecho em destaque: citação literal extraído durante GF).

Ressalta também, a importância da troca de experiências com trabalhadores que já tinham contato prévio e alguns conhecimentos acerca da PNH, podendo, inclusive, identificar algumas coisas que já existiam em

seu local de trabalho, mas que não sabia serem relacionadas com a temática da humanização. Além disto, pode perceber, conforme sua perspectiva, os contrastes em relação as diferentes maneiras de uma região e outra trabalharem (GF – Apoiadores).

Diante dessa vivência de construção de conhecimento a partir de rodas de conversa é possível verificar relatos que apontam, inclusive, para algumas apostas, feitas pelos apoiadores em alguns territórios, de tentativa de implantação de rodas de conversa sobre variados temas.

No momento do curso, os encontros foram importantes para saber mais das ações de outros companheiros e ressaltou a questão dialética das ações e que algumas ações eram feitas, porém eram chamadas por outros nomes. Algumas vezes os dispositivos tinham o mesmo nome, mas as pessoas entendiam sua ação de modo diferente, e destacou a importância da conversa para dissolver esses sentidos diversos que o mesmo dispositivo pode causar. Surge então, uma estratégia adotada por uma das apoiadoras que, uma vez por mês, ela e sua equipe discutiam os conceitos para balizá-los (GF – Apoiadores).

Nesse sentido, a metodologia pretende ser formativa, com a função de formação não apenas de apoiadores, mas também de pesquisadores. Formar um pesquisador equivale nesse processo a fomentar a capacidade de compreensão dos mecanismos envolvidos em seus processos de trabalho e utilizar esse aprendizado em seu cotidiano, pois a metodologia pretende fomentar e exercitar cotidianamente a máxima institucional de possibilitar que o mesmo trabalhador que pensa também executa e vice-versa.

Tal modo de trabalhar possibilita que o trabalhador possa pensar (e repensar) (n)as ações, (n)as práticas, (n)os processos de trabalho, (n)as redes, (n)o território e, quem sabe, (re)criar.

Necessidade de pensar a rede real – a rede viva. A rede que o usuário faz, a rede que o profissional faz. Pensar a rede de equipamentos de acordo com essa rede viva. Devemos pensar qual o melhor caminho para o usuário; isso minimiza o absentismo (GF – Apoiadores).

A possibilidade de realizar uma nova construção com o usuário do serviço, distintivamente do modo de operar assistencialista, passivo e prescritivo, permite a ampliação do olhar para o usuário, tomando-o enquanto sujeito integral. Diante de tal perspectiva, torna-se possível, até mesmo, a inclusão do usuário em seu próprio processo de cuidado.

[...] possibilita a inclusão do usuário em seu próprio processo de cuidado, um trabalho mais ordenado e com corresponsabilização, ou seja, uma observação do cenário em que o sujeito está inserido ao invés de olhar somente para a queixa. Tal forma de olhar para a saúde e para o sujeito foram efeitos do curso que coloca o sujeito além dos protocolos e burocracias que aparentemente seu trabalho representa, de certa forma, ampliou a capacidade de análise e de visão do sujeito perante a forma de se fazer saúde (GF – Apoiadores).





## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente, em 2015, ano em que a PNH completava 12 anos de história, luta e militância em defesa do SUS, foi oficializada a dissolução da PNH enquanto Política de Governo, o que significa a extinção da institucionalidade da PNH dentro do MS em consequência de nova conjuntura da então gestão do MS desmontando as pactuações sistematizadas entre MS e consultores da PNH.

Diante deste cenário, foi publicado o texto **“Final de um Ciclo da Política Nacional de Humanização do SUS<sup>5</sup>”** que encontra-se disponível para consulta no portal RedeHumanizaSUS. O escrito datado em 9 de agosto de 2015, assinado por Cleusa Pavan, retrata um breve balanço desses 12 anos de existência da PNH e breve análise de algumas de suas reverberações. Denota que a trajetória de tal política resultou na concretização de uma série de mudanças tangenciais às práticas de atenção e gestão em saúde promovendo a possibilidade de estabelecimento de uma série de conexões e reconexões, dentre elas: dos trabalhadores com seu processo de trabalho; estreitamento da relação entre gestores e trabalhadores, entre trabalhadores e usuários, entre serviços e população, entre usuário e seu próprio processo de cuidado, entre coletivos; dentre outras.

Dessa maneira, a PNH buscou, ao longo desses anos, executar o processo de transversalização das diversas políticas públicas aos princípios e diretrizes do SUS, promovendo ressonâncias nos mais distintos serviços e territórios a partir de mudanças nas práticas de atenção e gestão à saúde.

O método utilizado para tal empreitada, almejando o sucesso desse grandioso objetivo, consistiu na organização, planejamento e execução de inúmeros processos de formação e capacitação desenvolvidos quase na totalidade dos estados brasileiros.

Assim, durante esses 12 anos de Política, foram formados em inúmeros territórios por todo o país milhares de apoiadores institucionais, propiciando oferta e promoção de apoio a centenas de secretarias municipais e estaduais bem como a incontáveis coletivos. Toda essa mobilização buscou constantemente manter acesa a luta em defesa do SUS.

---

<sup>5</sup> Texto encontra-se integralmente disponível em <<http://www.redehumanizaus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo>>.

A oficialização do desmonte da PNH trouxe à tona uma série de textos importantes e relevantes que serão brevemente explanados.

Cronologicamente, a primeira publicação relevante decorrente do processo de desmonte da PNH é um texto que se encontra disponível na RedeHumanizaSUS, assinado por Maria de Jesus de Assis Ribeiro “**Repúdio ao Fim da PNH enquanto Política de Governo**”<sup>6</sup>. Trata-se de um documento resultante de mobilização coletiva que publiciza o sentimento de indignação frente à situação de dissolução da PNH. O documento traz a assinatura de diversos trabalhadores que se posicionaram contrários à decisão de extinção da PNH enquanto Política de Governo e, portanto, reivindicam a revisão de tal decisão por meio da construção de um abaixo-assinado a ser encaminhado ao MS elencando os possíveis riscos decorrentes de tal decisão. Um dado que chama a atenção nessa publicação é que a mesma está com data de publicação em 1º de agosto de 2015, data anterior ao texto que torna pública a oficialização do fim da PNH.

Seguindo a ordem cronológica das publicações, em 7 de agosto de 2015, o perfil PNH publica na RedeHumanizaSUS um novo texto: “**Política Nacional de Humanização Compõe Novo Arranjo de Apoio do Ministério da Saúde às Regiões de Saúde**”<sup>7</sup>. O texto inicia-se citando o ano de criação da PNH, 2003, e faz um apontamento referente ao investimento no método do Apoio como tentativa de implementação das Diretrizes e Dispositivos da Política. Indica que milhares de apoiadores foram formados em território nacional possibilitando a disseminação, a partir do conceito do conhecimento e apoio em cascata, de uma política transversal. Diante dessa constatação o texto argumenta que a essência da PNH está sendo, gradual e constantemente, incorporada pelas demais políticas do SUS e prossegue relatando algumas conquistas decorrentes das contribuições da PNH, tais como constante investimento em educação permanente, proposta de humanizar o SUS contemplando ações nas esferas do cuidado, atenção e gestão do SUS, implicação no fortalecimento do SUS dos apoiadores formados a partir do contato com a Humanização, dentre outras. O texto defende que a transversalidade da PNH possibilita ressonâncias em outras instâncias e em diversas práticas. O Apoio e

---

<sup>6</sup> Texto encontra-se integralmente disponível em <<http://www.redehumanizasus.net/91613-repudio-ao-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo>>

<sup>7</sup> Texto encontra-se integralmente disponível em <<http://www.redehumanizasus.net/91684-politica-nacional-de-humanizacao-compoe-novo-arranjo-de-apoio-do-ministerio-da-saude-as-regioes-de-saude>>.

Educação Permanente foram e continuam sendo conceitos centrais fomentadores de novas práticas de cuidado, atenção e gestão em saúde em diversas instâncias.

Tendo em vista que a RedeHumanizaSUS é um canal de troca de experiências, de conhecimento e, acima de tudo, de ENCONTRO, um texto leva a outro texto. Nesse sentido, um terceiro texto, datado em 11 de agosto de 2015 e assinado por Ricardo Teixeira, foi elaborado objetivando a organização das informações e dos documentos: **“PNH como Política de Governo: Fim ou Mudança?”**<sup>8</sup>. O argumento inicial do autor ao construir esse texto foi reunir informações sobre o atual momento da PNH oficializado em um canal institucional, no intuito de ofertar informações verídicas a respeito da dissolução da Política e também no intuito de promover um espaço de debate e diálogo entre diversos interessados no assunto, por exemplo, as pessoas afetadas diretamente por tal decisão, interessados que acompanham a PNH e estudam o tema bem como a sociedade em geral, obviamente. A discussão que permeia o texto refere-se ao questionamento a respeito do posicionamento de que apenas seria possível a existência e efetiva manutenção da PNH se para tal Política existisse uma institucionalidade. Além da questão da institucionalização, o autor aponta os diferentes arranjos e rearranjos que foram necessários para compor a PNH tais qual ela se encontra nesse momento. Desse modo, problematiza e sinaliza que a PNH é também construção (e reconstrução) e que pensar uma nova maneira de atuar não significa, necessariamente, o fim da PNH, mas sim, na visão do autor, pode significar uma possibilidade de reformulação de políticas ao compreender que o MS propõe uma alteração estratégica de apoio e fortalecimento às Redes de Atenção à Saúde (RAS) em busca de consolidação de regionalização reconhecendo e enaltecendo os significativos acúmulos construídos pela PNH em seus 12 anos de existência. Mais do que isso, o autor defende ainda a possibilidade de experimentar novos arranjos de uma mesma política e que, com isso, ela se transforma, mas não deixa de existir.

É perceptível, portanto, que atravessamos um momento extremamente importante, que promoverá ressonâncias nas políticas públicas e nas práticas de atenção e gestão em saúde e que exige atenção às repercussões destas mudanças a fim de verificar se tal experimentação manterá os princípios, uma vez construídos, nesta nova configuração.

---

<sup>8</sup> Texto integralmente disponível em <<http://www.redehumanizasus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca>>.

Diante desse contexto, a importância da permanente avaliação dos mais diferentes processos formativos é inegável. A relevância dos processos formativos é expressa por meio da viabilidade em proporcionar novos arranjos e novas construções. Outrossim, permitem que os apoiadores participantes da formação conheçam e reconheçam práticas exitosas no cuidado à saúde promovendo, inclusive a instrumentalização dessas práticas existentes nos territórios e que, muitas vezes, não são reconhecidas pelos trabalhadores, pela gestão ou até mesmo pela população em decorrência da ausência de sustentação para a realização de tais ações.

Uma vez nomeadas, essas ações promovem empoderamento dos atores favorecendo, por conseguinte, o processo de luta pela manutenção e disseminação das ações exitosas, agora, subsidiadas pela nomenclatura conferida por uma Política.

Entretanto, mensurar seus efeitos diretos configura-se tarefa árdua. Isso porque o produto desses momentos formativos podem ser compreendidos em duas esferas interdependentes: os efeitos práticos – observáveis – e os efeitos subjetivos. Ademais, outro analisador importante consiste na percepção do fato de que o apoiador em formação está suscetível a constantes e inúmeros estímulos tanto intra quanto extra etapa formativa, sendo assim, os apoiadores estão sujeitos a diversas afetações possíveis ao relacionar-se com outras pessoas e com outros conhecimentos. À vista disso, torna-se complexo o processo de avaliação referente ao grau de conhecimento construído exclusivamente no processo formativo avaliado.

No decorrer da experimentação e vivência proporcionadas pela participação nos dois processos de pesquisa citados e executados, alimentou-se a expectativa de que tais processos pudessem almejar o aprimoramento do método de formação na PNH bem como constituir-se enquanto produtores de subsídios para novas pesquisas em saúde, calcadas nas características salientes desse processo avaliativo que se baseou em método de avaliação qualitativo, inclusivo, participativo, interventivo e formativo. Buscou-se elucidar e sistematizar as possibilidades de aperfeiçoamento tanto da metodologia de formação de apoiadores quanto de seus instrumentos avaliativos objetivando a incorporação das análises elencadas a futuros processos formativos a serem realizados na área da saúde com maior

ênfase aos processos de formação, possivelmente desenvolvidos e financiados pela PNH.

Contudo, na atual conjuntura, diante do desmonte da PNH enquanto política de estado, um dos principais objetivos da avaliação do processo formativo, a retroalimentação do processo, não será possível de ser consolidado, uma vez que novos processos formativos não serão organizados pela extinta PNH.

Entretanto, é salutar o registro da trajetória e construção de conceitos que permeiam o campo da saúde pública e coletiva, tais como a evolução histórica do próprio conceito de saúde, a construção das políticas públicas e do ideal de saúde como direito de todos e dever do estado, a construção das diferentes ferramentas e modos de operar em saúde coletiva, dentre elas, a PNH.

Deste modo, o produto do presente trabalho oriundo do processo de pesquisa (amplamente descrito no capítulo sexto) pode servir de substrato, principalmente enquanto referencial metodológico, para novas pesquisas avaliativas aplicadas aos distintos processos formativos do SUS, especialmente aqueles pautados nos princípios da Humanização da Saúde.

De modo geral, é possível assegurar que os processos avaliativos cumpriram com a função proposta de inclusão dos diferentes atores envolvidos na atenção e gestão da saúde (coordenadores e formadores atuantes no curso, apoiadores formados – atuantes nos mais diversos níveis de atenção e gestão da saúde – graduandos, mestrandos e bolsistas de cursos de diferentes áreas da saúde) ao colocar em prática um método avaliativo que faz uma aposta ao propor novo modo de realizar a avaliação em saúde. Trata-se de uma avaliação construída “com os sujeitos” e não “sobre os sujeitos”. Nesse sentido, as evidências comprovaram o sucesso de um dos objetivos do processo de formação de apoiadores, a saber, a ampliação da capacidade de análise, perceptível na leitura dos PIs confeccionados pelos apoiadores a partir da leitura dos seus territórios, no andamento dos GFs e nos trechos relevantes que foram documentados na análise deste trabalho. Diante dessas evidências, é possível afirmar que o curso desempenhou a função de formar pesquisadores.

A inovação nesse modo de avaliar configura-se na concepção da extrapolação do conceito de formação baseado em ambientes formais. Durante as diferentes etapas da pesquisa foi exercida a formação dos atores envolvidos. O GF, por exemplo, constituiu-se de maneira evidente em espaço formativo, uma vez que

possibilitou a troca de informações de modo que os participantes sofreram mutuamente afetações promovendo, dessa maneira, transformações nesses sujeitos, oportunizando a formação desses atores na qualidade de pesquisadores. Por conseguinte, à medida que os dados para a pesquisa eram produzidos, os apoiadores estavam, simultaneamente, em formação.

Outro efeito dessa produção foi o constante incentivo aos apoiadores para que estivessem, permanentemente, efetivando pesquisas sobre seu processo de trabalho, sobre seu território, sobre os serviços e sobre as redes de saúde na qual estão (ou não) inseridos.

Do ponto de vista da metodologia do processo formativo, sem sombra de dúvidas, o aspecto mais citado e mais relevante do ponto de vista dos apoiadores foi a utilização do método da roda enquanto ferramenta e dispositivo para a construção coletiva de saberes, pautado na coletividade, na troca de experiências e na formação em ato. Dessa maneira, o emprego da estratégia pedagógica do processo formativo foi apontado pelos apoiadores como uma experiência transformadora com efeitos perceptíveis tanto na produção de novas práticas e redes, quanto nas mudanças concretas em seus processos de trabalho, bem como nas relações que exercem no SUS. Pode-se afirmar que, como efeito direto do processo formativo, houve nos apoiadores produção subjetiva impulsionando a experimentação e produção de novas ações, divergente das habituais. Para alguns, inclusive, foi a primeira oportunidade de experimentação de relação tanto de poder quanto de conhecimento efetivamente horizontalizada.

A eficácia da experiência do método da roda pôde ser demonstrada em alguns excertos de narrativas sinalizadoras da replicação de tal ferramenta nos territórios em que os apoiadores atuavam.

Outro ponto muito discutido relaciona-se à grupalidade vivenciada nas UPs, que foram compreendidas pelos apoiadores como espaço de trocas de experiências, vivências e saberes sobre o SUS, sobre a PNH, sobre Humanização, dentre outros temas. Não obstante, mais do que formação de conhecimento, as UPs possibilitaram a criação coletiva de alternativas de enfrentamento a resistências, as quais os apoiadores deparavam-se durante o processo de formação.

Contudo, se por um lado a heterogeneidade foi retratada como aspecto enriquecedor pelos apoiadores, visto que proporcionou relevantes discussões com diferentes pontos de vista e permitiu a construção coletiva dos saberes, por outro, foi

amplamente apontada como dificultador no cotidiano de trabalho pelo fato da restrição do número de trabalhadores da mesma unidade, ocasionando dificuldade em difundir aos pares o conhecimento construído durante o período de formação.

Nesse aspecto, tangenciamos um tema amplamente discutido pelos apoiadores que se caracterizou como um empecilho no quesito formação de apoiadores: a (não) institucionalidade do apoiador no serviço em que estava inserido. A identidade da PNH estava fundamentada na não institucionalidade da Política, dado o seu caráter transversal e inovador no sentido de promover aposta na efetivação da indissociabilidade entre atenção e gestão no SUS, dessa maneira, a PNH enquanto política permaneceu estrategicamente não instituída, assim, estava politicamente vinculada à Secretaria Executiva e, portanto, não incorporada na estrutura organizacional do MS.

Destarte, é possível concluir que o apoiador formado ao atuar em seu território não é uma figura formalmente institucionalizada. Como consequência, os apoiadores relatam grande dificuldade sofrida ao tentar disseminar aos seus pares os conhecimentos construídos no processo formativo, porquanto esbarram em resistência, nas mais diferentes esferas, à replicação do conhecimento e às mudanças propostas. Uma hipótese possível para tal rechaço refere-se ao fato de diversos trabalhadores da saúde estarem inseridos e internalizados em processos e relações de trabalho que pressupõem a hierarquização.

A ousadia pela não institucionalização da PNH decorre na aposta promovida pela política de que a humanização do cuidado, da atenção e da gestão em saúde se efetive por meio de um novo modo de fazer em saúde. Ao definir a PNH enquanto política não institucionalizada por Portaria retifica-se a ideia de que tal política componha uma série de prescrições que devem ser, indiscriminadamente, reproduzidas em todo e qualquer território.

Ao contrário, a PNH pretende ser compreendida enquanto um conjunto de informações balizadoras e inspiradoras para transformação das práticas de atenção e gestão em saúde de maneira equânime, responsável e integral. Dessa maneira, assume um compromisso com os sujeitos ao exercitar a possibilidade de um novo olhar para os atores envolvidos no processo de cuidado à saúde: gestores, trabalhadores, serviços e usuário dos serviços de saúde.

Em vista disso, o propósito da PNH não está atrelado à modificação da atuação com olhar humanizado por meio de proposta verticalizadora, e, sim, por



transformação subjetiva, pois propõe uma nova compreensão do conceito humanização.

Dessa perspectiva, de certa maneira, a extinção da PNH estava prevista a acontecer em algum momento haja vista sua característica transversal aos serviços e políticas, além de que os sujeitos implicados nos processos de saúde estariam exercendo cotidianamente as ações humanizadoras propostas política. Entretanto, é possível, que essa dissolução (não natural) tenha acontecido prematuramente uma vez que embora seja possível elencar numerosas conquistas no campo da saúde pública, o objetivo principal da PNH ainda não havia sido integralmente atingido, fatos estes perceptíveis e constantes nas breves análises desse trabalho.

Na possibilidade da manutenção de incentivo e financiamento em pesquisas avaliativas no campo da saúde pública, o(s) efeito(s) da experimentação dessa nova construção estratégica do MS poderá(ão) ser verificado(s) em novos processos avaliativos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. P.; et al. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P.; BENEVIDES, R. (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e Efeitos da Narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 300-318.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Rev. Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago 2005.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6) p. 2305-2316, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais**. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acesso em: fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., 4. reimp., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out/dez. 1998. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/84123/1/S0102-311X1998000400029.pdf>>.

DESLANDES, S. F. Notas sobre a contribuição da sociologia compreensiva aos métodos qualitativos de avaliação. In: CAMPOS, R. O. et al (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. Ed. Hucitec, São Paulo, 2008. p. 68-77.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, Fiocruz/EPSJV, 2010, p. 25-49.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p.247-255.

FALLEIROS, I.; LIMA, J. C. F. A Constituinte e o Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 239-278.

FLEURY, S. Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 49-87.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. E. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 1, p. 14-27, Brasília, 2012.

MARTINS, M. C. F. N.; BERSUSA, A. A. S.; SIQUEIRA S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**, 44(5): p. 942-949, 2010.

MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. C. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

MIRANDA, L. et al., Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: CAMPOS, R. O. et al. (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. Ed. Hucitec: São Paulo, 2008. p.

MOURA, R. H. de; LUZIO, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 957-970, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000600957&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000600957&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p. 627-640, 2009. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/icse/v13s1/a14v13s1.pdf>> Acesso em: 27 nov. 2015.

OLIVEIRA, G. N de. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 175f. Tese de Doutorado – UNICAMP, Campinas, 2011.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA FLEURY, S. M. (Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1986.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.167-183, apr/jun 1986. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1986000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1986000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 dez. 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L., et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed: FIOCRUZ, 2012; p. 459-492

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

PASCHE, D. F. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: CAPONI, S. et al. (Orgs.). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010, p. 381-389.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis**, v. 1, n. 1, p.92-100, jan/jun. 2008

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 86, p. 439-447, jul/sep 2010, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341769006>>. Acesso em: 28 out. 2015.

PASSOS, E. et al. A dimensão instituinte da avaliação. In: CAMPOS, R. O. et al. (Orgs.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008. p.209-248.

PAULON, S. M. et al. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. **Rev.Saude & Transformação Social**, v. 5, n. 2, p. 20-28, 2014.

PAVAN C.; et al. Documento orientador da Política de formação da PNH. In: **Cadernos Humaniza SUS – Formação-Intervenção. Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012; p. 73-93.

PONTE, C. F.; KROPF, S. P.; LIMA, N. T. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 75-112.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO D. R. do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 181-220

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 113-152.

REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 221-238.

SANTOS, B. S. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, T. P.; GONÇALVES, L. Avaliação como dispositivo de humanização em saúde: considerações metodológicas. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J.P. (Orgs.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas: Ed: Unicamp, 2011. p. 257-278.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Editora Senac, 2005.

SILVA L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, p. 80-91, jan/mar 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a09.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

SILVEIRA, O. M. C. e CARVALHO, L. T. Estratégias metodológicas para pesquisa com egressos. In: LORDELO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. M. (Orgs.). **Estudos com estudantes egressos: concepções e possibilidades metodológicas na avaliação de programas**. Salvador: Ed: EDUFBA, 2012. p. 45-75.

VARELA, F.J. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Orgs.) **Cadernos de Subjetividade**: O reencantamento do concreto. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2003. p. 33-52.

YASUI, S.; SANTOS, L. A. dos. Oficinas de sensibilização: experimentações da Política Nacional de Humanização.(2010) In: **Humanização em Perspectiva**. Boletim do Instituto de Saúde – BIS. Edição especial Novembro 2010. p. 35-40. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_especial\\_humanizacao\\_em\\_perspectiva.pdf#page=35](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_especial_humanizacao_em_perspectiva.pdf#page=35)>. Acesso em: 28 nov. 2016.



## BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/93790-humanizausus-politica-nacional-de-humanizacao-a-humanizacao-como-eixo-norteador-das-praticas-de-atencao-e-gestao-em-todas>>. Acesso em: nov. 2015.

CAMPOS, G. W de S., DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 399-407, fev. 2007.

PAVAN, C. **Sobre o fim da PNH enquanto política de governo**. 2015. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/91704-sobre-o-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

RIBEIRO, M. de J. de A. **Repúdio ao fim da PNH enquanto política de governo**. 2015. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/91613-repudio-ao-fim-da-pnh-enquanto-politica-de-governo>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVEIRA, O. M. C. **O Unicórnio e o Rinoceronte: uma análise do Projovem a partir da percepção de seus beneficiários**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <[www.repositorio.ufba.br](http://www.repositorio.ufba.br)>. Acesso em: 22 fev. 2013.

TEIXEIRA, R. R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público**, 2006. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

TEIXEIRA, R. **PNH como política de governo: fim ou mudança?** 2015. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/91722-pnh-como-politica-de-governo-fim-ou-mudanca>>. Acesso em: 20 jan. 2016.





**APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi convidado para participar desta pesquisa, que tem por objetivo avaliar o curso de formação de apoiadores promovidos pela Política Nacional de Humanização, do qual você foi aluno, nos efeitos na produção de saúde a partir de três eixos: 1) produção de subjetividades; 2) produção de novos processos e práticas de trabalho; e 3) produção de redes que se inserem em cenários e contextos territoriais. Você pode aceitar ou não participar deste estudo.

Se você aceitar participar, irá fazer parte de um grupo de discussão, coordenado por pesquisadores envolvidos neste projeto. Também participará dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas. Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelo grupo possam ser recuperados e analisados posteriormente.

Este documento vai garantir:

- 1) Que você possa pedir, a qualquer momento, maiores informações sobre esta pesquisa;
- 2) Sigilo absoluto sobre seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal;
- 3) Que você possa negar-se a responder qualquer questão ou mesmo dar qualquer informação que julgue prejudicial à você.
- 4) Que você possa pedir que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido pelos pesquisadores;
- 5) Que você possa desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa.

Este termo é para certificar que eu, \_\_\_\_\_, portador da cédula de identidade \_\_\_\_\_, estou ciente das informações acima e firmo este '**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**', concordando em participar desta pesquisa.

Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o autor deste trabalho.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Coordenador da Pesquisa: Silvio Yasui.  
Professor do curso de Psicologia Unesp-Assis.  
Telefone para contato: (18) 3302-5889.