



## Artigos Originais

# Apoiar, intervir e agenciar: dos diferentes usos dos dispositivos da Política Nacional de Humanização na perspectiva dos apoiadores em formação

*Support, intervene and request: different uses of National Humanization Policy devices in the training supporters' perspective.*

**Simone Mainieri Paulon<sup>1</sup>**

**Guilherme Augusto Flach<sup>2</sup>**

**Melisse Eich<sup>3</sup>**

**Douglas Linhares Coelho<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Professora Adjunta, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

<sup>2</sup>Mestrando em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS – Brasil

<sup>3</sup>Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

<sup>4</sup>Graduando em Psicologia, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (UNESP), Assis, SP – Brasil

**RESUMO** - A Política Nacional de Humanização, em sua proposta de reafirmar e difundir os princípios do SUS, investiu na formação de Apoiadores Institucionais em todo o país. Sustentados numa perspectiva pedagógica de Formação-Intervenção, os processos formativos desenvolvidos a partir de 2006 propunham um exercício da Função Apoio ao longo dos cursos, seguindo uma lógica de inseparabilidade entre processos de trabalho e práticas de ensino. Os efeitos dessa metodologia de formação dos apoiadores institucionais na produção de saúde do SUS foram objeto de estudo multicêntrico, qualitativo, participativo e avaliativo, realizado por três universidades públicas em parceria com o Ministério da Saúde, entre 2011 e 2014. Este artigo discute o entendimento e usos que os apoiadores fizeram dos dispositivos propostos pela PNH em seus projetos de intervenção durante os cursos. A análise demonstra a necessidade de os apoiadores criarem um espaço de diálogo e produção entre trabalhadores e gestores para a difusão dos princípios da PNH, sendo o Grupo de Trabalho em Humanização o dispositivo utilizado com maior frequência para desencadear este processo. O desejo de implementar um trabalho com base no método da roda, tal como sugerido por Campos, permitindo a participação e inclusão dos diferentes sujeitos e mudanças nas práticas de cuidado em saúde também foi evidenciado nos relatos dos apoiadores. Uma das tensões que o exercício do apoio nos processos de formação-intervenção apontou foi o risco de que o uso do dispositivo assumisse importância maior que a própria implementação de diretrizes e princípios de humanização, perdendo o caráter de ferramenta de trabalho no âmbito da intervenção. Ao final, entretanto, preponderou nas narrativas dos sujeitos a dimensão processual da formação e do próprio exercício do apoio como experimentação essencial à consolidação do SUS como política efetivamente pública.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Humanização da Saúde; Educação em Saúde; Pesquisa-Intervenção; Grupo de Trabalho em Humanização.

**ABSTRACT** - The National Humanization Policy invested on Institutional Supporters training across the country in its proposal to reinforce and disseminate SUS principles. Training methods developed from 2006 and sustained by a pedagogical perspective on Intervention-Training proposed an exercise of Supporting Function along courses, following logic inseparability between working processes and teaching practices. The effects of that training methodology from institutional supporters in the production of SUS health were the subject of a multicentric, qualitative, participatory and evaluative study performed by three public universities in a partnership with the Ministry of Health, between 2011 and 2014. The article discusses understanding and uses by the supporters of PNH proposed devices, in the intervention projects during courses. Analysis shows supporters' need to create a standard production dialogue and space for workers and managers to disseminate PNH principles, and the Humanization Working Group is the device often used to trigger that process. The will for programming a work based on the wheel method, as suggested by Campos, allowing participation and inclusion of different subjects and changes on health care practices was also evident in the supporters' accounts. One of the tensions that appeared through the supporting exercise during training intervention process was the risk that the device utilization could be more important than the entire implementation of humanization guidelines and principles. Then, it might lose the working tool characteristic in the intervention context. In the end, however, it prevailed, in the subjects' narratives, the training procedural dimension and supporting exercise as essential experimentation to the SUS consolidation as an effective public policy.

**Keywords:** Health Policy; Health Humanization; Health Education; Research-Intervention; Working Group on Humanization.

## 1. INTRODUÇÃO

A estratégia de formação da Política Nacional de Humanização (PNH) tem como preocupação pôr em prática as diretrizes que sustentam e justificaram a criação desta nova política para o SUS, isto é, fortalecer o trabalho em equipe de modo a fomentar a transversalidade e a democratização das relações nos serviços, aproximando atenção e gestão (entendidas como processos indissociáveis) a partir do estímulo ao protagonismo e corresponsabilização dos sujeitos em seus processos de trabalho em saúde. Ao lançar mão do Método do Apoio<sup>I</sup> como tecnologia por excelência que possibilitaria tais mudanças, a PNH se utiliza dos mesmos preceitos para construir sua política de formação, apostando na capacidade criativa dos sujeitos e na indissociabilidade entre formar e intervir.

Assim, a aproximação entre processos de aprendizagem e práticas/intervenções no território laboral nortearam toda a construção metodológica de processos educativos preocupados com os princípios da humanização de forma a não reproduzir a clássica divisão entre o “saber” e o “fazer”. Para tanto, a PNH apostou na elaboração de Planos de Intervenção (PI) durante os cursos de apoiadores institucionais, com o intuito de que os cursos-intervenção em que a Política estivesse chamada a construir ou cogerir fossem pautados no efetivo coengendramento entre produção de conhecimentos, de novas práticas de saúde e dos sujeitos que nelas se impliquem.

Os efeitos dessa perspectiva de formação dos Apoiadores Institucionais da PNH foram o objeto de estudo da pesquisa multicêntrica<sup>II</sup> que aqui se traz ao debate. Realizada numa parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP/ASSIS), a pesquisa qualitativa utilizou-se de metodologias participativas de avaliação em saúde para analisar os cursos realizados entre os anos de 2008 e 2010 nos estados das referidas universidades<sup>III</sup>. Preocupada com a inclusão dos diferentes grupos de interesse neste tema, a investigação propôs-se a construir coletivamente as análises durante todo o percurso do estudo, assim como o caráter formativo-interventivo que caracterizou os cursos estudados também se fez presente entre as estratégias metodológicas inclusivas utilizadas para a formação do grupo de pesquisadores que se reuniu entre os anos de 2011 e 2014<sup>IV</sup>.

**Autor correspondente**

**Simone Mainieri Paulon**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Paulo Gama, 110 - Farroupilha

CEP: 90040-060. Porto Alegre, RS – Brasil

Email: [simone.paulon@ufrgs.br](mailto:simone.paulon@ufrgs.br)

Artigo encaminhado 05/10/2014

Aceito para publicação em 13/11/2014

A colheita de dados envolveu a análise de 184 Planos de Intervenção (PI)<sup>V</sup> construídos durante os referidos cursos, com a ajuda do software Atlas.ti<sup>®</sup>. Também houve a aplicação de questionários eletrônicos via plataforma FormSUS aos alunos egressos (144 respondentes dentre os 343 apoiadores formados), e 26 encontros com a realização de entrevistas e grupos focais (GF), também com tais alunos.

Assim, a pesquisa organizou-se em oito eixos analíticos, sendo o foco deste artigo o eixo intitulado de “uso dos dispositivos e intervenção”. No intuito de compreender a experiência dos apoiadores com os dispositivos propostos pela PNH, as intervenções realizadas e seu reflexo no processo formativo-interventivo, formularam-se duas perguntas norteadoras: “De que modo os processos de formação e os planos de intervenção acionaram os dispositivos da PNH?”; e “qual a dimensão de intervenção produzida no processo de formação?”. Essas perguntas não buscavam uma única resposta, uma verdade a ser desvelada, mas sim, funcionaram como guias, dando certo direcionamento ao nosso olhar frente aos entendimentos do que seria um dispositivo para os apoiadores, de que modo esses arranjos organizativos de ações foram utilizados nos serviços e na rede local de saúde, e quais agenciamentos subjetivos foram mobilizados na implementação das ações que os Planos de Intervenção demandaram ao longo do curso.

## 2. A PROPOSTA DO DISPOSITIVO: PROMOVENDO AGENCIAMENTOS

Enfim, tracei uma intervenção com base no diagnóstico que fiz com embasamento do curso em minha realidade, tentando transformá-la. Através da informação disseminada ao grupo, pude propiciar decisões, escolhas, apostas e também gerar incertezas, desconfortos, desassossegos. Os aprendizados vão emergindo nas próprias rodas vivenciadas a cada encontro (PI SC).

Afirmando os princípios do SUS, a PNH propõe novos arranjos dos processos de trabalho através do fortalecimento de equipes multiprofissionais, almejando a transversalidade e a construção de uma autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos – gestores, trabalhadores de saúde e usuários. Estes modos de fazer desenvolvidos para acionar as práticas de produção de saúde, visando promover as mudanças nos modelos de atenção, são chamados de dispositivos, definidos como “(...) um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes) mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo”<sup>1</sup>.

Um dispositivo é sempre uma multiplicidade de processos operando em devir, que se dispõe para gerar um movimento, promover um agenciamento. É um conjunto multilinear, composto por um emaranhado de linhas de diferente natureza, que se entrelaçam e complementam; por um lado, linhas de sedimentação e estratificação; e no outro lado, linhas de atualização, criação e rupturas<sup>2</sup>. São máquinas de fazer ver, falar e subjetivar, o que permite traçar como se tecem os movimentos conforme se dão as práticas. Um exemplo de dispositivo da PNH, o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH)<sup>vi</sup> atua como um aparelho/ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando, admitindo capacidades de transformações e rupturas que permeiam novos modos possíveis, capaz de mobilizar o pensamento e a atuação no campo da saúde.

A PNH traz alguns dispositivos como “guias”, tais como: acolhimento, classificação de risco, equipes de referência e apoio matricial, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva, projetos de construção coletiva da ambiência, colegiados de gestão, contratos de gestão, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde com gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação. Porém, 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. Segundo Pasche<sup>3</sup>, os dispositivos não devem ser tomados como uma prescrição, mas sim como formas de organização dos processos de trabalho que podem e devem ser experimentadas e moldadas pelos sujeitos e seus contextos políticos institucionais, tornando-os protagonistas da própria história vivenciada.

Se partirmos do entendimento descrito por Heckert e Neves<sup>4</sup>, de que a função do dispositivo é “disparar movimentos e produzir movimentos no próprio movimento, ampliando a capacidade de reflexão e análise de coletivos através de suporte textual e tecnologia”, pode-se depreender um bom uso da função dispositivo a partir do que a PNH propõe, incitando o “Método da Roda”<sup>vii</sup>:

Nas rodas, percebemos que a Mesa de Negociação (...) também era um dispositivo de extrema importância e necessidade a ser alcançado, pois os servidores que estiverem fazendo parte da Mesa de Negociação estarão participando da discussão sobre o PCCS e outras questões relacionadas ao servidor da saúde (PI SC).

Dessa forma, a intervenção no cenário de trabalho do apoiador (seja o setor, serviço ou rede de saúde), em alguns casos, serviu como disparador de um processo que tomava dimensões muito maiores, ultrapassando o dispositivo/diretriz utilizado no Plano de Intervenção e gerando uma compreensão maior sobre a PNH. As rodas de conversas apontavam a possibilidade de democratização do diálogo e a criação de coletivos para a intervenção.

O que se tem muito evidente é que a estruturação dos próximos passos com as equipes está sendo o foco da intervenção de apoio e só se faz possível compondo com estes coletivos. Os estudos vão continuar, temos muito a aprofundar sobre a diretriz e seus dispositivos, além de pensar e fazer movimentos de agregar os profissionais a este processo (PI SC).

Toda esta movimentação criada produziu em mim a sensação de que não sou só eu que penso que pode ser diferente, que a roda se faz necessária para o processo de mudanças sólidas e consistentes, e que o trabalhador, independente da categoria que ele representa, possui saberes, saberes estes que são igualmente importantes a cada espaço em que estes estão inseridos (PI SC).

A utilização da estratégia metodológica das “Unidades de Produção” – UPs (grupos compostos pelos alunos do curso, organizados em coletivos macrorregionais de saúde e coordenadas por um formador/tutor)<sup>5,6</sup> foi percebida pelos apoiadores como um dispositivo fundamental para a produção

da grupalidade experimentada no âmbito dos cursos e, a partir deles, promovida em outros coletivos. Ao funcionar como espaço de fortalecimento dos vínculos entre os participantes, de problematização da experiência concreta dos trabalhadores em seus contextos de trabalho, de compartilhamento dos impasses e conquistas do processo de implementação dos Planos de Intervenção, as UPs agenciaram enunciações coletivas e funcionaram elas mesmas como dispositivos de humanização. Cabe aqui, contudo, uma ressalva oriunda de análise de resultados obtidos com o questionário FormSUS, que apresenta respostas sistematizadas por estados. Este permite visualizar, por ex., que no RS – único curso dos três aqui abordados com estrutura de pós-graduação – uma forte grupalidade foi constituída nas unidades de produção. 67% dos apoiadores gaúchos referiram que a UP funcionava como dispositivo de aprendizagem significativo, enquanto apenas 27% dos paulistas e 45% dos apoiadores de Santa Catarina afirmaram o mesmo.

### 3. INTERVENÇÕES E USOS DOS DISPOSITIVOS DA PNH

A leitura dos Planos de Intervenção desenvolvidos durante os cursos de formação de apoiadores aponta que os trabalhadores/apoiadores demonstraram a necessidade de um espaço-tempo formal para pactuação e sensibilização dos demais agentes sobre os princípios e diretrizes da PNH. Os trabalhos consultados relatavam uma necessidade de inaugurar um mínimo espaço coletivo que promovesse o encontro, o contágio, a corresponsabilização, um espaço para a legitimidade da intervenção, ou ainda um espaço para o compartilhamento de responsabilidades, já que estas se encontram concentradas e depositadas na figura do apoiador.

O dispositivo mais utilizado foi o GTH, compreendido como um espaço “protegido”, de repasse dos princípios e diretrizes da PNH, visto que o desconhecimento sobre ela por parte dos demais trabalhadores/gestores foi relatado como um “dificultador” para se colocar em prática a intervenção, bem como o exercício da função apoio. Ainda, a diretriz “cogestão<sup>VIII</sup>” foi referida como dispositivo em vários Planos de Intervenção, sendo que, nestes, ocorreram construções de outros espaços de diálogo e corresponsabilização nos serviços e a percepção de que alguns espaços já existentes se tratavam de ambientes propícios para o exercício de tal diretriz.

Para explicar esse grande número de GTHs agenciados durante o curso, uma formadora relata um importante questionamento durante um grupo focal:

(...) quando a gente lê essa bibliografia imensa que temos hoje sobre o apoio, a gente vê que o apoiador consegue apoiar, desde que tenha apoio também. E o apoio aos apoiadores, durante o curso, era o curso, para conseguir manter um pé dentro e um pé fora. (...) Assim, o GTH é sintomático e analisador, porque a gente, como apoiador, apoia processos dentro de coletivos. Mas muito poucos lugares têm coletivos. E como eu faço pra termos uma reunião de equipe? Cria-se um GTH! (GF RS)

O grande número de Planos de Intervenção utilizando a diretriz “cogestão” corrobora a necessidade de criação de espaços nos quais os apoiadores, como trabalhadores imersos em um ambiente inóspito ao exercício da corresponsabilização apreendida no curso, possam auxiliar nos processos de decisão coletiva.

Cogestão é um espaço para construir juntos, compartilhar saberes para proporcionar organização do trabalho, devemos, então, incluir os sujeitos na gestão (alteridade), pois eles têm necessidades próprias, desejos e interesses diferentes (PI SC).

Nossa percepção é de que a Humanização, como política que pretende ampliar o grau de transversalidade entre coletivos, perde potência quando o trabalho do apoio fica restrito a amplos esclarecimentos ou meras divulgações de sua proposta para aqueles a quem os apoiadores deveriam estar apoiando em meio aos entraves do cotidiano de trabalho. Ainda que a ideia de humanização no SUS não seja estranha à maioria dos profissionais da saúde, ela corre o risco de ficar restrita a um senso comum, conforme o que Benevides e Passos definiram por *conceito-sintoma*<sup>7</sup>. Nesse sentido, apesar de os cursos confrontarem esta concepção contrapondo-a ao *conceito experiência*<sup>7</sup>, não era incomum predominarem, mesmo no final dos percursos de formação, concepções de humanização apresentadas pela sua negatividade (conceito sintoma). Isto pôde ser constatado em avaliações reincidentes dos apoiadores que se diziam, por exemplo, impedidos

de implementar a PNH por incompreensões daqueles atores aos quais eles deveriam estar incluindo no processo de trabalho de apoio, como se vê retratado por este apoiador ao falar de sua intervenção:

O objetivo do GTH é difundir e consolidar a cultura de humanização no hospital, além de criar condições mais humanizadas de trabalho para os profissionais de saúde do HC, que, conseqüentemente, se refletem na melhoria da qualidade e da eficácia na atenção dispensada aos usuários do HC (PI SP).

Na verdade, em contrariedade com a proposta da PNH (de inclusão dos diferentes sujeitos), acabamos eu e ela organizando/pensando na proposta e também somos nós que estamos elaborando os protocolos para permear/nortear nossas ações [...] e preparando o material que servirá de norte pra nossa equipe... Isso acontece porque temos certa urgência em ver as coisas acontecerem, de mudar o atual modelo de atenção persistente no município [...] É cansativo, é centralizado em dois profissionais (o que está errado, eu sei), mas é a única forma de levarmos adiante a proposta de mudança no modelo de atenção. É claro que, antes de colocarmos em prática, iremos discutir os protocolos e o PI com toda a equipe, de forma mais aprofundada do que está sendo com a comunidade, para então termos a efetivação da proposta (PI RS).

Ao longo deste percurso de aprendizagem, deste processo de formação/intervenção, foi possível refletir sobre muitas coisas, porém o que mais me causava e causa angústia é o fato de me sentir “sozinha” em uma Instituição tão grande e com tantos problemas a serem enfrentados (PI SC)

Com o passar do tempo, vendo como as coisas fluíam dentro do hospital, perdi a empolgação, até porque saí do curso muito animado, mas quando tentei fazer alguma coisa, fui barrada na hora, como sempre, as chefias não têm interesse em mudar, ou seja, mexer no que já está pronto (PI SC).

Percebe-se, então, uma dificuldade do apoiador de retirar-se da posição central de ‘o único’ ou ‘o mais apropriado’ detentor dessa capacidade de síntese-análise das situações levantadas em seu ambiente de trabalho. A maneira como o apoiador passou a absorver as demandas por mudanças nos serviços e na rede (algumas destas necessidades de

mudança levantadas por ele mesmo), pelo fato de ser apoiador, fez com que o GTH se constituísse também como um espaço de saúde do trabalhador, uma vez que promove o encontro e aciona redes de conversa.

Entretanto, não podemos deixar de considerar que o Plano de Intervenção foi uma oportunidade para o apoiador experimentar o conteúdo estudado e apreendido durante o curso, tendo os efeitos e relatos das experiências como componente importante do envolvimento dos referidos apoiadores com suas ações no território. Assim, os dispositivos podem ser apresentados como uma forma de sistematizar as ações que serão produzidas, transformando conceitos em atitudes concretas para a intervenção no ambiente proposto:

Como apoiadora em formação, e pensando em ação-intervenção, surge o questionamento: como podemos socializar o que temos vivenciado a partir do curso? A resposta mais óbvia e simples (simples?) vem como um dos dispositivos da PNH com a criação de um Grupo de Trabalho (PI SP).

Tal menção evidencia a relação existente entre os modos apreendidos no processo de formação e de que maneira os dispositivos foram colocados como meio de ação a partir do processo formativo do curso. Os dispositivos, em geral, são levantados nos Planos de Intervenção como uma “palavra” ou conceito norteador das ações que antes não tinham nome. Estes, como expressões de um *conceito-sintoma* da PNH, são trazidos, de forma geral, entre fragmentos de muitos dos escritos relativos às intervenções. Podemos identificar que o apoiador busca nos dispositivos uma espécie de ideal da prática ou como a própria “materialização” da PNH no cotidiano do trabalho, sendo, muitas vezes, tomados como fim em si mesmo. Há ainda que se destacar que, apesar de alguns apoiadores terem entendido conceitualmente o que é um dispositivo, outros geraram certa confusão entre os dispositivos e as diretrizes da PNH.

Durante a discussão desta análise com os Grupos de Interesse no processo de pesquisa, os apoiadores apontam a importância de reconhecer os dispositivos como um norteador da ação e não como “o objetivo” final da ação. Ressaltam também a relação que existe entre os dispositivos entre si, na qual um “puxa o outro” ou demanda a oferta de outro, como se vê na análise que fazem de seus Planos de Intervenção durante os grupos focais. Neste momento, lembram-

se com dificuldade de com qual dispositivo iniciaram suas intervenções, pois, ao final do curso, várias diretrizes e ações de humanização apareciam mobilizadas e articuladas por uma mesma ação ou proposição desencadeada a partir da intervenção. Além disso, referem constantemente a importância da rede como uma estratégia para implementação dos dispositivos e diretrizes que os Planos de Intervenção disparavam.

Nessa mesma perspectiva, o dispositivo GTH também aparece citado de forma ambígua: ora serve como espécie de “pré-tarefa”, no sentido atribuído por Pichón-Rivière<sup>8</sup> de um ativismo a serviço de evitação das ansiedades implicadas nas mudanças que os processos de aprendizagem mobilizam, ora como ponto de partida para inaugurar “coletivos organizados”<sup>5</sup>. De algum modo isto aparece em expressões como as que seguem:

Exemplo da humanização implementada temos a realização de um bazar promovido pelo Hospital municipal XX com produtos doados pela Receita Federal, onde o GTH, juntamente com os funcionários, trabalhou em prol de um único objetivo, melhorias para os funcionários e pacientes. O bazar foi realizado com serviço voluntário pelos funcionários desde a busca do material até a venda à comunidade (...) e todo esse trabalho foi coordenado pelo GTH do hospital (PI SC).

Após a explanação, solicitei que os enfermeiros conversassem com suas equipes nas Unidades de Saúde, sobre a Humanização, e que me encaminhassem os nomes dos profissionais que fosse percebido o interesse pelo assunto. Assim, muito discretamente foram surgindo algumas pessoas para conversar comigo e pensei... Vou formar um Grupo de Trabalho em Humanização, é isso! (PI SC).

Podemos verificar esta ambiguidade de definições nos relatos dos grupos focais que descreveram um ‘GTH atuante’, como um dispositivo que realiza muitas tarefas, mas que não participa do planejamento de atividades anuais: *“O GTH nem é convidado, mas (nós) nem fomos atrás, estamos ‘acomodadinhos’, já temos muitas atribuições”* (GF SC).

A par deste entendimento, associável ao “conceito-sintoma” da Humanização, temos também várias análises mais críticas acerca do dispositivo GTH citadas nos Planos de Intervenção:

Então, não basta dizer que existe um GTH, mas quais as implicações e qual a qualidade dos debates, para a produção de sujeitos e de subjetividades, que resultem na alteração da atenção e da gestão em saúde (PI RS).

Após esta longa jornada de idas e vindas com a PNH dentro da instituição, vejo que o maior desafio que ainda temos é como manter nosso GTH em funcionamento, mantendo seu objetivo inicial, ou seja, intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos (Cartilha da PNH – Grupo de Trabalho de Humanização), e não virar um local de discussão apenas (PI SC).

A aproximação com o trabalho dos GTHs dos hospitais da região, as informações que busquei, os diálogos mantidos com os profissionais destes grupos e o entendimento que venho buscando sobre a PNH me levam a ter uma grande inquietação, pois percebo uma superficialidade nas discussões e intervenções destes GTHs. Não identifiquei, nos encontros que participei e nos relatórios enviados (descrição das ações), um trabalho para o fortalecimento da corresponsabilidade, da gestão compartilhada, do protagonismo dos diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde, nem a participação com outras instâncias do SUS. Ficando o papel do GTH muito restrito (PI RS).

Assim, percebemos a interferência das produções teóricas apresentadas durante o período do curso, onde a intenção dos apoiadores parece ser a de concretizar os conceitos aprendidos em seu Plano de Intervenção como uma imagem-objeto no cenário, como uma meta a ser desenvolvida e aplicada. Na maioria dos Planos de Intervenção, o envolvimento no processo político da PNH e da ativação dos dispositivos não é aprofundado, ficando pouco clara a articulação concreta desenvolvida pelo apoiador na sua realidade de trabalho, gerando muitas vezes compreensões distorcidas sobre a PNH e seus dispositivos.

A dimensão interventiva, na maioria dos casos, pode ter se dado de forma pontual dentro dos territórios em que são sugeridas as ações, no máximo atingindo os grupos próximos e locais de trabalho do próprio apoiador e dificilmente conseguindo uma abrangência maior em termos de fomentar redes e ampliar rodas de conversa para

além dos limites que aquelas unidades de serviço circunscreviam.

Uma das dificuldades do processo de formação foi que se criou uma rede de trabalho muito grande, centrada nas Unidades de Produção (UPs), uma rede do território. E isso se acabou depois do curso. (...) O curso não tem essa responsabilidade, mas a gente não conseguiu se articular para sustentar essa rede, de forma que não ficasse restrita à UP. Que outros espaços poderiam ser de apoio, que já existem no território? Mais espaços coletivos, fora do local de trabalho. Não conseguimos amarrar isso (...) (GF RS).

Outro fator importante da intervenção foi o hábito que as equipes de ESF estão adquirindo na realização das reuniões na forma de construção de rodas, tanto entre os profissionais como nas comunidades onde estão sendo realizadas discussões de forma democrática e com a valorização dos diferentes saberes. Este é o início de um retorno em forma de satisfação e sentimento de que é possível haver transformações benéficas das práticas de saúde (PI SC).

Com o intuito de alicerçar tais afirmações, exibimos as colocações de uma apoiadora no grupo focal realizado quatro anos após a concretização do curso em que relata não ter força para propor mudanças no processo de trabalho. Propor momentos de conversa na emergência do hospital, convivendo com todas as dificuldades do dia a dia, é considerado impossível, além de se sentir esquecida pela gestão, já que não teve um reconhecimento do serviço desenvolvido durante o curso:

Na instituição hospitalar, o profissional tem uma escala de trabalho, e não tem tempo para cumprir o papel da humanização. A humanização acaba sendo realizada pelos voluntários (quando precisa fazer a barba do paciente, os voluntários que fazem). A coordenadora da Humanização da instituição nem entra na emergência (GF SC).

No transcorrer do grupo focal, nota-se que a apoiadora tem conhecimento sobre as necessidades do serviço e o quanto precisa ser melhorado. Entretanto, considera que a falta de formação de uma rede que sustente todo o ideário da PNH com os apoiadores após o curso afetou o andamento e a

sustentabilidade das atividades relacionadas à humanização.

Nesse sentido, podemos trazer como exemplo a questão do “acolhimento”<sup>IX</sup>. Este dispositivo também é bastante abordado pelos apoiadores em seus planos de intervenção. Em alguns momentos são relatadas experiências anteriores em que a pura mudança de fluxo dentro da unidade é entendida como uma forma de implantação do dispositivo. Logo, continuam a praticar o acolhimento como espaço de triagem e efetivação de procedimentos, deixando de lado a perspectiva do cuidado e de implicação dos sujeitos nas relações. Assim, o acolhimento é tido de forma prática como mais uma atividade dentro do serviço de saúde, como pura forma de atendimento à demanda espontânea. Sua dimensão de produção de saúde dilui-se nos protocolos sugeridos pela gestão e pela forma de fazer endurecida e enraizada nas práticas de saúde.

Temos clareza de que o acolhimento não se dá com agendamento, mas frente às dificuldades quanto ao reduzido número de RH, que não supre a demanda, e quanto a pactuar outras possibilidades com os demais profissionais da unidade, utilizamos este dispositivo (em grupo) de forma experimental, para redução da espera pelo primeiro atendimento, agilizar respostas adequadas às necessidades dos usuários, quer através da inserção na unidade, ou nos encaminhamentos responsáveis (PI SP).

Essa dificuldade é sentida em minha Unidade na qual estamos deixando muito a desejar as questões de acolhimento. Alguns movimentos já foram percebidos como o atendimento por classificação de risco, mas, por outro lado, regredimos com a colocação de um balcão de atendimento no qual expunha as pessoas a falarem de seus problemas ali naquele local sem nenhum conforto ou quase que totalmente desconfortável (PI SC).

O Acolhimento, como diretriz operacional que norteava nosso plano de intervenção, buscava a priori melhorar o atendimento a esta demanda específica, incorporando o “acolher” como princípio ético, na maneira como as relações se estabelecem, abrindo espaço para experimentarmos relações de cumplicidade (PI SC).

Durante as discussões dos resultados parciais da pesquisa com os apoiadores, surge o tema do medo frente à implantação do acolhimento, entendido por

alguns profissionais como uma “obrigação” de dar conta de todas as demandas que chegam aos serviços, o que multiplicaria as tarefas e compromissos destes. Reconhecem que sem o apoio da gestão e dos colegas é difícil implementar qualquer mudança nos serviços, e que a questão do acolhimento torna-se ainda mais difícil frente ao grande número de usuários que buscam ajuda. Assim, o acolhimento conseguiu transformar levemente a forma de se fazer as classificações de risco e os encaminhamentos dos usuários, mas não conseguiu tornar mais sólida a escuta qualificada a todos os que chegam aos serviços de saúde.

Alguns resultados exitosos foram descritos pelos apoiadores nos grupos focais em que sobreveio o relato da constituição de um GTH em parceria com a Comissão de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES) como dispositivo no Plano de Intervenção que contribuiu para operar, quatro anos depois, com outras demandas externas, como, por exemplo, o apoio ao trabalho com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). O conhecimento advindo do curso pela PNH ajudou a ampliar discussões para a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco. Em outra experiência, a aproximação com os dispositivos da PNH ajudou a compor outros desenhos de atuação dentro do município, como, por exemplo, na construção de um trabalho de apoio matricial a partir de uma equipe multiprofissional para acompanhamento de casos de violências. Pode-se perceber que as apoiadoras, ainda que expusessem dificuldades no cotidiano do trabalho em saúde, revelaram modificações de suas práticas a partir do curso, tanto na atenção quanto na gestão de suas práticas (GF SC).

Podemos afirmar, portanto, que a dimensão da intervenção alcançada com os Planos de Intervenções ocasionou aos apoiadores possibilidade de reflexão acerca da realidade vivenciada pelos profissionais de saúde e usuários. As reflexões a respeito da escolha e implantação de um dispositivo despertaram diferentes sentidos sobre os usuários e o momento de sua participação no processo.

É imprescindível envolver a comunidade trazendo-a para a participação da gestão do sistema e serviços de saúde, através do controle social (conselhos locais e municipais de saúde...) cada segmento torna-se corresponsável e traz vivências e necessidades que juntos poderão incorporar ao SUS uma prática mais consistente na saúde (PI SC).

Além disso, é importante considerar que o processo de formação trouxe, segundo os apoiadores, a oportunidade do “estranhamento” no dia a dia em relação a si próprio, às suas práticas e com os demais setores e atores envolvidos na produção de saúde.

Nessa caminhada, passei por barreiras até então desconhecidas, que por muitas das vezes me angustiaram, mas não desviaram minha atenção do foco da PNH. Também conheci pessoas e as suas angústias, lutas diárias dentro de um espaço de trabalho. E a partir daí o profissional que se quer ser se revelou e cheguei, ao final do Curso, melhor, muito melhor do que antes (...) (PI SC).

O processo de formação-intervenção desencadeou a necessidade da construção de espaços coletivos organizados e participativos para resgatar valores do nosso Sistema Único de Saúde (PI SC).

Desta forma, os apoiadores ampliaram o reconhecimento das possibilidades e daquilo que precisa ser superado no contexto de trabalho, assim como permitiu um novo olhar sobre os arranjos de gestão e suas relações com o SUS.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebo que é preciso estar atenta sempre, isso parece algo que não tem fim, tudo pode estar mudando a todo o momento, desconstruções e construções, transformar para conhecer. São diferentes visões sobre o mesmo problema e é importante não perder de vista o tempo de construção do grupo (PI SC).

O modelo de gestão tradicional, excludente e centralizador, é apontado como obstáculo principal para a escolha e implementação da intervenção, devendo-se atentar para a baixa governabilidade que o trabalhador aparenta ter sobre problemas de seu local de serviço. Foi constantemente referido o desejo de implementar um trabalho com base no método da roda, permitindo a participação e inclusão dos sujeitos e, em alguns poucos momentos, os Planos de Intervenção, ou as ações deles derivados, conseguiram extrapolar uma ação muito específica, possibilitando a ampliação do diálogo entre os atores e uma maior compreensão da proposta da PNH. Nesta tentativa, muitos trabalhos indicavam grande relevância dos procedimentos



utilizados para intervir (passo a passo das tarefas, cronogramas de intervenções, descrições longas e repetitivas sobre como o dispositivo deveria funcionar, suas definições no material da PNH, etc.) dando a impressão de que a implementação dos dispositivos às vezes parece assumir maior importância do que a própria compreensão das diretrizes da PNH. Identificamos, neste sentido, um risco comum que pode ser avaliado como efeito do tipo de estratégias pedagógicas utilizadas nas formações-intervenção discutidas na pesquisa, que é o de provocarem uma espécie de utilização dos dispositivos como um produto em si mesmo, e não como uma ferramenta de trabalho no âmbito da intervenção.

Todavia, não podemos deixar de considerar que estamos falando de um curso que prevê um produto final, o Plano de Intervenção, a ser avaliado e apresentado aos formadores e colegas. Mesmo que ele se constitua como uma ferramenta para acompanhar todo um processo e não seja apenas uma síntese final, a preocupação em explicitar, citar e recorrer constantemente aos autores, conceitos e ferramentas da PNH torna-se relevante para o processo de aprendizagem, de escrita e de organização e planejamento da intervenção, como forma de incorporação desses novos elementos à prática do trabalho e segurança quanto aos objetivos que se deseja alcançar<sup>x</sup>.

Nos grupos focais, percebemos ainda uma polifonia em relação à PNH vista, às vezes, como um programa de governo (seguindo uma linha mais vertical) e outras como uma política transversal, na perspectiva assumida pela PNH. Importante ressaltar que tal discussão se expressa mais claramente nos grupos focais, ou seja, faz-se necessário um intervalo de tempo (o término dos cursos e a pesquisa avaliativa) para emergir esta possibilidade de se trabalhar com a PNH como política pública. Entretanto, reconhecem que, em muitas situações, apresentá-la como um programa oficial, com o “carimbo” de uma política de governo, pode facilitar o apoio da gestão local.

“Às vezes essa perspectiva (como um programa) possibilita brechas, pois colocar os dispositivos para funcionar materializariam as ações, o que facilita o apoio do gestor” (GF RS).

Ao mesmo tempo, reconhecem que essa forma de encarar a PNH, que “dá nomes” (acolhimento, GHT, clínica ampliada,...), pode criar resistências.

Assim, as maneiras com que os apoiadores referiram neste estudo lançar mão dos dispositivos podem assumir variadas formas sem necessariamente utilizar “nomes próprios”, pois percebem que a capilarização e implementação dos princípios de humanização do SUS muitas vezes prescindem destes e dispensam caminhos traçados *a priori*. Para além de prescrições ou protocolos de acolhimento, de formas dadas de se fazer uma Clínica Ampliada, a pista metodológica mais importante que parece ter ficado aos apoiadores que passaram pelos processos de formação é a de que um modo de fazer diferente daqueles cristalizados em seus serviços pode ser disparado. Os processos de apoio que foram se constituindo ao longo do período transcorrido entre os cursos de apoiadores e esta pesquisa sobre seus efeitos indicam possibilidades efetivas de acionar movimentos críticos acerca dos modos de trabalhar em saúde. Os cursos, realizados em média quatro anos antes da pesquisa, marcam apenas um ponto de passagem, uma parada para reflexão com adensamento de leituras, debates e críticas coletivamente construídas sobre o trabalho em saúde que ajudam, de fato, a questionar e flexibilizar aqueles modos dados de fazer, aqueles saberes cristalizados e poderes verticalizados que a maioria dos apoiadores referia ao narrar os cenários de saúde em seus planos de intervenção. Mas o efeito mais significativo que tais apoiadores falaram ao se voltarem às experiências de aprendizagem a respeito do apoio propiciado pelos cursos-intervenção realizados é a de que nenhum dispositivo ou diretriz em si lhes dará a garantia para a implementação de uma política de Humanização. Esta é antes uma construção comum em curso do que uma solução a ser produzida por algum curso.

#### NOTAS

- I. O apoio é um arranjo de gestão, proposto por Campos<sup>8</sup>, que corresponsabiliza os sujeitos com diferentes graus de saberes e poderes, com as mudanças necessárias nos processos de trabalho em saúde, visando à promoção da cogestão. Esta é uma das categorias de análise resultantes da pesquisa aqui descrita, disponível mais detalhadamente no artigo: “Função apoio em pesquisa: experimentações na produção de (des) caminhos e desvios” (Eidelwein et. al) neste volume.
- II. O projeto de pesquisa levou em consideração todos os aspectos éticos determinados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, tendo sido aprovado sob o número 152.518 em 8/11/2012.
- III. Pesquisa realizada por meio de um convênio entre três universidades públicas brasileiras – UFRGS, UFSC e UNESP - e o Ministério da Saúde, 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. Financiada também pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (processos nº 454758/2012-0 e 476289/2013-0).
- IV. Para maiores detalhes acerca do desenho metodológico desta pesquisa, ver artigo "Errâncias e itinerâncias de uma de pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa" neste mesmo volume temático.
  - V. Documento no qual constaria o mapeamento das demandas do sistema ou serviço onde o apoiador atuaria; a escolha de um dos dispositivos da PNH, através do qual o profissional direcionaria sua intervenção e, por fim, o modo como se deu a pactuação e a execução de suas ações<sup>5</sup>.
  - VI. Grupo de Trabalho em Humanização (GTH) "é um dispositivo com o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários."<sup>9</sup>
  - VII. Proposta desenvolvida por Gastão Campos no âmbito do Método Paideia com o objetivo de promover a lateralidade comunicativa entre sujeitos, grupos e serviços, a fim de ampliar a democracia institucional na saúde.
  - VIII. Cogestão: "É um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores."<sup>10</sup>
  - IX. Acolhimento: "É uma ação tecno-assistencial (...), é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários."<sup>11</sup>
  - X. Vale ressaltar que apenas no Rio Grande do Sul o curso teve sua estrutura nos moldes de pós-graduação strito-sensu, assim, o plano de intervenção entregue como trabalho final, para os apoiadores deste estado, tinha um peso avaliativo maior exigido em função das exigências acadêmicas de certificação.
- Volume 1: Formação e Intervenção - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 5-10.
7. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ 2005; 9(17): 389-406.
  8. Pichon-Rivière E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Grupo de Trabalho de Humanização. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
  10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
2. Deleuze G. ¿Que és un dispositivo? In: Deleuze G. Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa; 1990.
3. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. Interface Comun Saúde Educ 2009; 13(Suppl 1): 701-8.
4. Heckert ALC, Neves CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro R, Barros MEB, Motta R (org.) Trabalho em equipe. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ; 2007.
5. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
6. Pasche DF, Passos E. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. In: Passos E (org.). Cadernos HumanizaSUS -